

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija

2013

Sari Härkönen

# TARKISTUSLISTA

- sairaanhoitajan työkalu potilaan  
kotiutustilanteen lääkehoidon  
ohjauksen kehittämisessä



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Härkönen

# TARKISTUSLISTA - SAIRAANHOITAJAN TYÖKALU POTILAAN KOTIUTUSTILANTEEN LÄÄKEHOIDON OHJAUKSEN KEHITTÄMISESSÄ

Lääkehoidon ohjaus on laadukkaan hoidon ja potilasturvallisuuden ratkaiseva osatekijä. Onnistuneen lääkehoidon perusta on oikea tieto lääkkeestä ja siitä, miten sitä käytetään. Potilaiden tulee olla tietoisia lääkkeen käyttötarkoituksesta ja -tavasta sekä ymmärtää, minkälaisia haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää lääkehoidon ohjausta laatimalla tarkistuslista sairaanhoitajan työkaluksi potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjaukseen. Kehittämisprojekti oli osa Lääketietokeskuksen ja Turun Ammattikorkeakoulun MONI -lääke-projektia, joka toteutettiin yhteistyössä Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Hyvinvointitoimialan kanssa.

Potilaiden kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen tarkistuslista laadittiin kehittämisprojektia varten perustetussa projektiryhmässä ja pilotoitiin kohdeyksiköissään korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikalla. Lääkehoidon ohjauksen tueksi laaditun tarkistuslistan tarkoituksena oli mm. turvallisuuden lisääminen ja laadun parantaminen lääkehoidossa. Lista sisälsi ne asiat, joita tutkimusten mukaan lääkkeenkäyttäjän tulee tietää omasta lääkityksestään, sekä ohjaustilanteen toteuttamisessa huomioon otettavia asioita. Pilottitutkimuksessa tarkistuslistan käyttökelpoisuutta arvioitiin listaa käyttäneille sairaanhoitajille suunnatulla kyselytutkimuksella, jossa arvioitiin tarkistuslistan hyödyllisyyttä, käytettävyyttä ja sisältöjen tärkeyttä.

Tarkistuslistan hyödyllisyyttä arvioitaessa sairaanhoitajat arvioivat potilaiden tiedonsaannin ja oman lääketiedon tuntemuksensa parantuneen. Lista toimi muistin tukena, vaikka sen käytön ei koettu nopeuttavan tai helpottavan ohjausta. Tarkistuslistan käytettävyyttä arvioitaessa listaa pidettiin ulkoasultaan selkeänä, joskin sen toivottiin olevan kooltaan pienempi. Näitä tuloksia hyödynnetään listan jatkekehittelyssä ja käyttöönotossa.

## ASIASANAT:

Lääkehoito, ohjaus, tarkistuslista

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

April 2013 | 84 pages, 15 appendices

Sari Härkönen

## CHECKLIST - A TOOL FOR NURSES IN DEVELOPING MEDICATION EDUCATION AT HOSPITAL DISCHARGE

Medication education is a decisive factor in providing quality care and patient security. The basis of successful medical treatment is correct information of medicines and of how to use them. The patients have to be aware of the purpose of medication, its usage and what kind of side effects the medicine might have.

The purpose of this development project was to develop the medication education by creating a tool for the nurses in the form of a checklist when the patient is leaving the hospital. The development project was part of a project called MONI medicine project, commissioned by Pharmaceutical Information Centre and Turku University of Applied Sciences and it was carried out in cooperation with the Hospital District of Southwest Finland and Turku Welfare Division.

The checklist for medication education when the patient is leaving the hospital, was created for the project group and it was piloted in the target unit at the Department of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery. The aim of the checklist created to support medication education, was to increase patient safety and to enhance the quality of medical care. The list consisted of facts, based on medical studies, the patient should know about his/her own medication, and things concerning the actual process of medication education. In the pilot study the usability of the checklist was evaluated by a structured questionnaire aimed at the nurses who used the list. In the questionnaire the checklist was evaluated by usefulness, usability and the importance of contents.

Evaluating the usefulness of the checklist nurses evaluated that the information given to patients had improved, as well as their own medication knowledge. The list served as a support for memory even if it did not save time nor ease the medication education situation. When evaluating the usability of the checklist, the layout was considered clear but it was hoped to be of a smaller format. The results of the checklist-based usability evaluation will be taken advantage of when developing the list further and before implementation.

### KEYWORDS:

Drug therapy, education, checklist

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET</b>	<b>7</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT JA KOHDEORGANISAATION KUVAUS</b>	<b>9</b>
2.1 Lähtökohdat lääkehoidon ohjauksen kehittämiseksi	9
2.2 Kehittämisprojekti osana MONI -lääke-yhteistyöhanketta	10
2.3 Kohdeorganisaation kuvaus	11
<b>3 POTILASOHJAUS</b>	<b>13</b>
3.1 Potilasohjauksen merkitys	13
3.2 Eettisyys potilasohjauksessa	17
3.3 Potilasohjauksen sisältö	18
3.4 Potilasohjauksen menetelmät	20
3.4.1 Yksilö- ja ryhmäohjausmenetelmät	21
3.4.2 Audiovisuaalinen ohjaus ohjausmenetelmänä	22
3.4.3 Ohjaustilanteen järjestämiseen vaikuttavat asiat	26
3.5 Potilaslähtöinen ohjaus	27
<b>4 LÄÄKEHOIDON OHJAUS OSANA POTILASOHJAUSTA</b>	<b>31</b>
4.1 Tehokas ja turvallinen lääkehoito	31
4.2 Sairaanhoidajan lääkeosaaminen	33
4.3 Lääkehoitoon sitoutuminen lääkehoidon ohjauksen tavoitteena	34
4.4 Lääkehoidon ohjauksen sisältö	37
4.5 Lääkehoidon ohjausmenetelmät ja potilaslähtöisyys	39
<b>5 TARKISTUSLISTAN KÄYTÖN MERKITYS POTILASTURVALLISUUDEN JA LÄÄKEHOIDON OHJAUKSEN PARANTAMISESSA</b>	<b>42</b>
<b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS</b>	<b>46</b>
6.1 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet	46
6.2 Kehittämisprojektin eteneminen	47
6.3 Projektiryhmän toiminta -tarkistuslistan laatiminen	49

<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS</b>	<b>54</b>
7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	54
7.2 Tutkimuksen empiirinen toteutus	54
7.2.1 Kyselylomake	54
7.2.2 Aineiston keruu	55
7.2.3 Aineiston analyysi	55
<b>8 TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖKOKEMUKSET SAIRAANHOITAJIEN ARVIOIMANA</b>	<b>57</b>
8.1 Tutkimustulokset	57
8.1.1 Tarkistuslistan sisältö sairaanhoitajien arvioimana	57
8.1.2 Tarkistuslistan hyödyllisyys potilasohjauksessa sairaanhoitajien arvioimana	62
8.1.3 Tarkistuslistan käytettävyys sairaanhoitajien arvioimana	64
8.1.4 Avoimeen kysymykseen annetut vastaukset	66
8.2 Johtopäätökset ja pohdinta	67
8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	70
<b>9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>	<b>73</b>
9.1 Projektin tavoitteiden saavuttamisen arviointi	73
9.2 Pilottijakson arviointi	73
9.3 Aika- ja henkilökuntaresurssien käytön arviointi	76
9.4 Projektipäällikkyyden toteuttamisen arviointi	76
9.5 Projektiorganisaation toiminnan arviointi	77
<b>LÄHTEET</b>	<b>79</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Tarkistuslista
- Liite 2. Tarkistuslistan selvitysopas
- Liite 3. Kyselylomake
- Liite 4. Kyselyn saatekirje
- Liite 5. Tarkistuslistan sisältö –frekvenssijakaumat yksiköittäin.
- Liite 6. Tarkistuslistan hyödyllisyys –frekvenssijakaumat yksiköittäin.
- Liite 7. Tarkistuslistan käytettävyys –frekvenssijakaumat yksiköittäin.

## KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin sijoittuminen MONI - lääke—projektiin.	11
Kuvio 2. Ohjaustyöhön sisältyvät elementit (Mukaillen: Vänskä ym. 2011, 19)	16
Kuvio 3. Sisäisen hallinnan sisältöalueet. (Mukaillen Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 33.)	19
Kuvio 4. Potilasohjausprosessi. (Mukaillen Hill 1997, 110.)	27
Kuvio 5. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Mukaillen Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 23.)	29
Kuvio 6. Kehittämiprojektin suunnitelma.	48
Kuvio 7. Projektiryhmän toiminta.	50
Kuvio 8. Kehittämiprojektin toteutuksen vaiheet.	53
Kuvio 9. Tarkistuslistassa olevien kohtien tärkeys potilaan lääketiedonsaannin kannalta yksiköittäin tarkasteltuna.	61
Kuvio 10. Tarkistuslistan hyödyllisyys yksiköittäin tarkasteltuna.	64
Kuvio 11. Tarkistuslistan käytettävyys yksiköittäin tarkasteltuna.	66

## TAULUKOT

Taulukko 1. Ohjauksessa muistettavia asioita (Mukaillen Kyngäs ym. 2007, 74).	21
Taulukko 2. Lääkehoidon ongelmat (Mukaillen Shoemaker ym. 2010, 444).	32
Taulukko 3. Ohjaustilanne	58
Taulukko 4. Lääke ja sen tarkoitus	58
Taulukko 5. Lääkkeenotto	59
Taulukko 6. Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset	60
Taulukko 7. Tiedollinen tuki	60
Taulukko 8. Tarkistuslistan hyödyllisyys	62
Taulukko 9. Tarkistuslistan käytettävyys.	65

## KÄYTETYT LYHENTEET

CHECKLIST	Tarkistuslista
KASTE	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma
KNK	Korva-, nenä- ja kurkkutaudit
MONI	Moniammatillisessa yhteistyössä rationaaliseen lääkehoitoon
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PÄIKI	Päiväkirurginen yksikkö
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Tyks	Turun Yliopistollinen Keskussairaala
VeTePO- hanke	Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen
VSSH	Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri
WAPS	World Alliance for Patients Safety
WHO	World Health Organization

# 1 JOHDANTO

Onnistuneen lääkehoidon perusta on oikea tieto lääkkeestä ja siitä, miten lääkettä käytetään. Kuitenkin vain kolmasosa lääkkeiden käyttäjistä käyttää lääkkeitään oikein. (WHO 2012; STM 2011a.) Syynä voi olla se, ettei potilas ole saanut riittävästi informaatiota omasta lääkkeestään ja sen käytöstä tai hän ei ole sitoutunut riittävästi lääkehoitoonsa. Potilaiden tulee olla tietoisia lääkkeen käyttötarkoituksesta ja -tavasta sekä ymmärtää, minkälaisia haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa. (STM 2006; WHO 2009b.) Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli moniammatillisessa työryhmässä potilaan lääkehoidon ohjaamisessa, jotta lääkehoito jatkuisi kotona turvallisesti ja oikein.

Lääkehoidon ohjaus ja lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen ovat tärkeitä osa-alueita sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisessa. Sairaanhoitajien lääketiedon ja lääkehoito-osaamisen kehittämällä tähdätään lääkitys- ja potilasturvallisuuteen sekä parempaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja tätä kautta parempiin hoitotuloksiin ja yhteiskunnan varojen säästymiseen. (Schneider, Hess & Gosselin 2011, 140.) Panostamalla sairaanhoitajan toteuttamaan lääkehoidon ohjaukseen esimerkiksi kehittämällä ohjausmenetelmiä potilaan sairaalasta kotiutumisvaiheen ohjaukseen on saatu hyviä tuloksia. Potilaat, jotka ovat saaneet tehostettua lääkehoidon ohjausta, ovat kyenneet parempaan omahoitoon kotona ja hoitoon takaisin joutuminen on vähentynyt. Tämä myötävaikuttaa säästyneisiin kustannuksiin terveydenhuollossa. (Nurit, Bar, Elkohan & Zelker 2009, 2530, 2533.)

Tämä kehittämisprojekti oli osa Turun ammattikorkeakoulun ja Lääketietokeskus Oy:n yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun Hyvinvointitoimialan kanssa toteuttamaa MONI -lääke-yhteistyöhanketta. Tämän projektin tavoitteena oli kehittää potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjausta luomalla tarkistuslista sairaanhoitajan työkaluksi. Tätä kautta pyrittiin parantamaan potilaiden lääketiedonsaantia ja sitoutumista lääkehoitoonsa.



## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT JA KOHDEORGANISAATION KUVAUS

### 2.1 Lähtökohdat lääkehoidon ohjauksen kehittämiseksi

Tämän projektin tarkoituksena oli kehittää potilaiden saamaa lääkehoidon ohjausta Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) klinikalla. Kehittämishanke kytkeytyy VSSHP:n strategiaan sekä terveydenhuollon kansallisiin kehittämissuunnitelmiin. VSSHP:n strategiassa vuosille 2007–2015 on tavoitteeksi määritetty mm. potilaslähtöisten palvelujen saannin turvaaminen; potilaiden hoidon on oltava korkeatasoista, vaikuttavaa ja yksilöllistä. Hoidon on oltava myös kustannustehokasta ja vaikuttavaa. (VSSHP 2006, 7-8.)

Suomessa ensimmäistä kertaa laaditun kansallisen lääkeinformaatiostrategian tarkoituksena on pyrkiä turvaamaan kansalaisten tehokas, turvallinen ja taloudellinen lääkehoito. Strategian tärkeimpänä tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvaa, puolueetonta ja luotettavaa tietoa sekä väestölle että terveydenhuollon ammattilaisille. Oikea tieto tukee potilaan turvallista lääkehoitoa ja lääkeinformaatio tulisi olla oleellinen osa lääkehoitojen toteuttamista. Strategiset tavoitteet ja tehtävät 2012-2020 koskien väestöä ja potilaita ovat muun muassa luotettavan lääketiedon tarjoaminen ja lääkeinformaation välittäminen tietotekniikan käyttöä lisäämällä. (Fimea 2012.) Rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat kansalaisten terveyttä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia (STM 2011a, 3).

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) yksi toimenpidesuunnitelmista koskee potilasturvallisuustyötä, joka tarkoittaa terveydenhuollon henkilöstön, toimintayksiköiden ja kansallisen tason toimijoiden työtä. Sen tarkoituksena on lisätä hoidon turvallisuutta vähentämällä erilaisten haitallisten tapahtumien riskiä. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Se on keskeinen osa hoidon laatua

ja vaikuttavuutta. Näin ollen siitä on myös merkittävää taloudellista hyötyä. Keskeistä on toiminnan kehittäminen potilasturvallisuuden lisäämisen ja haittapahtumien ehkäisemisen näkökulmasta. (STM 2009, 61-62.)

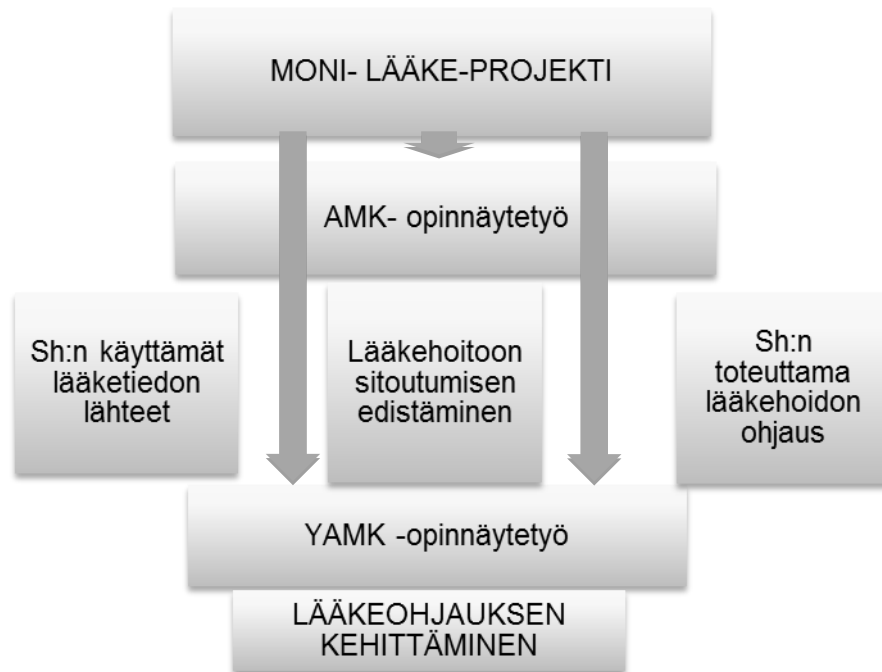
Potilashoidon keskeinen osa-alue on ohjaus. Sairaanhoitopiirit koko maassa ovat pyrkineet potilasohjauksen kehittämiseen erilaisin hankkein 2000-luvun alusta alkaen. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO)-hankkeen tarkoituksena oli potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen siten, että potilas kykenee hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Hankkeen tavoitteena oli uusien toimintamallien luominen ja käyttöön ottaminen terveydenhuollon yksiköihin ja hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksien vahvistaminen. Lisäksi tavoitteena oli erilaisten potilasryhmien potilaslähtöisen ohjauksen vahvistaminen. (VeTePO-hanke 2009.) Näitä strategioita palvelee myös rationaalinen lääkehoito, joka on tehokasta, turvallista, taloudellista ja tarkoituksenmukaista.

## 2.2 Kehittämiprojekti osana MONI -lääke-yhteistyöhanketta

Moniammatillisessa yhteistyössä rationaaliseen lääkehoitoon (MONI-lääke) – projekti on Turun Ammattikorkeakoulun ja Lääketietokeskus Oy:n keväällä 2011 käynnistynyt yhteistyöhanke yhteistyössä VSSHP:n ja Turun Hyvinvointitoimialan kanssa, jonka tavoitteena oli kehittää lääkehoidon ohjausta, lääkehoitoon sitoutumista ja lääketiedon tehokasta käyttöä. MONI-lääke -projekti koostuu kolmesta eri vaiheesta, joista vaiheen kaksi osalta valmistui kolme AMK -opinnäytetyötä keväällä 2012. Näiden tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajan käyttämiä lääketiedon lähteitä, sairaanhoitajan toteuttamaa lääkehoidon ohjausta ja lääkehoidon sitoutumisen edistämistä. Kuviossa 1 esitetään tämän kehittämisprojektin sijoittuminen MONI- lääke- projektiin.

Tämä kehittämisprojekti on MONI -lääke -projektin kolmas vaihe, jonka tarkoituksena oli kehittää potilaiden saamaa lääkehoidon ohjausta niin, että heidän tietämyksensä lääkkeistään ja tietonsa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä li-

sääntyy. Tavoitteena oli luoda tarkistuslista sairaanhoitajien työkaluksi potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjaukseen. Kehittämistyön kohdeorganisaatio on Tyksin KNK- klinikan PÄIKI ja vuodeosasto.



Kuvio 1. Kehittämisen sijoittuminen MONI -lääke–projektiin.

Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehuoltoa on kehitettävä asiakkaan tarpeita vastaavaksi; tähän kuuluu myös potilaan kannustaminen ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (STM 2006, 11; STM 2011a, 15.)

### 2.3 Kohdeorganisaation kuvaus

Tyksin KNK- klinikan vuodeosastolla ja PÄIKI:ssä potilasohjaus korostuu siellä hoidettavien kirurgisten potilaiden myötä. Lyhythoitaisen kirurgian lisääntyminen ja potilaiden lyhentyneet sairaalassaoloajat, väestön tiedontarpeen kasvu ja palvelurakenteen muutokset tuovat lisähaastetta potilaan oikein toteutetun ja vaikuttavan lääkehoidon ohjaukselle. Lisähaastetta tuovat myös vuodeosastolla hoidettavat syöpäkirurgiset potilaat, sekä pään- ja kaulan alueen traumapotilaat.

Potilaiden saaman lääkehoidon ohjauksen tulee kattaa myös taidot erilaisten enteraalisten lääkkeenantoreittien opetukselle (gastrostoomat). Päiväkirurgias-  
sa haastetta tuo sen lyhyttempoisuus, jolloin potilaan vastuu hoidostaan ennen  
ja jälkeen toimenpiteen korostuu. Päiväkirurgisen potilaan ohjaukselta vaadi-  
taan nopeatempoisuutta, kiireettömyyttä ja tehokkuutta (Iso-Tomu, Laaksonen,  
Panula & Raappana 2011, 9). Osastojen käytössä ei ole ohjeistusta lääkehoi-  
don ohjauksen toteuttamisesta eikä ohjausmenetelmistä. Vuodeosastolla lää-  
kehoidon ohjaus jää usein vain lääkärin antamaksi reseptin kirjoituksen yhtey-  
dessä. Hoitajan toteuttama lääkehoidon ohjaus kattaa pääsääntöisesti määrät-  
tyjen lääkkeiden läpikäymisen nimillä. Mahdollisten haittavaikutusten, lääkkei-  
den yhteensopivuuden tai –sopimattomuuden, sekä yhteiskäytön esimerkiksi  
alkoholin tms. kanssa vaikutuksista kertominen on ajateltu lääkärin tehtäväksi.

Projekti nousi työelämän tarpeista ja perustuu edellä mainittuihin VSSH:n stra-  
tegiaan ja kansallisiin linjauksiin. Jotta voidaan parantaa potilaiden saamaa  
ohjausta ja tietoa lääkkeistään ja niiden käytöstä sekä parantaa potilasturvalli-  
suutta, tulee lääkehoidon ohjausta kehittää (STM 2006, 11). Tätä kautta myös  
sitoutumista lääkehoitoon voidaan parantaa. KNK- klinikan vuodeosasto 515 on  
tällä hetkellä väistötiloissa toimiva 24 -paikkainen osasto, jossa hoidetaan pään  
ja kaulan alueen syöpä- ja traumakirurgisten potilaiden lisäksi muun muassa  
korvaleikkauspotilaita, huimauspotilaita, nielun ja päänalueen infektioita ja  
hammasklinikan potilaita. Päiväkirurgisen yksikön kanssa osasto tekee yhteis-  
työtä hoitamalla ne potilaat, jotka eivät ehdi kotiutumaan päiväkirurgisen yksi-  
kön aukioloaikoina tai joutuvat jostain syystä jäämään yöksi sairaalaan.

Lähtökohdat projektin toteuttamiselle olivat hyvät, sillä korvaklinikalla ei oltu  
hetkeen toteutettu minkäänlaista henkilökuntaa osallistavaa kehittämisprojektia.  
Henkilökunnan motivoitunut asenne ja kehittämismyönteinen ilmapiiri loivat hy-  
vät edellytykset projektin eteenpäin viemiselle. Toimintaympäristö ja toimintata-  
vat olivat projektipäällikölle entuudestaan tuttuja, mikä säästi näihin tutustumi-  
seen vaativaa aikaa.

## 3 POTILASOHJAUS

### 3.1 Potilasohjauksen merkitys

Potilasohjaus on yksi hoitamisen ydintehtävistä, joka kuuluu lain perusteella potilaan oikeuksiin ja sen toteuttaminen hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Ohjauksen toteuttaminen vaatii selkeitä toimintaedellytyksiä. Näitä ovat esimerkiksi oikeanlainen henkilökuntamitoitus ja sopivat tilat, sekä terveydenhuoltohenkilöstön ohjausvalmiudet. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 11.) Potilasohjaus edellyttää henkilökunnalta osaamista hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet aina sairaalan tulovaiheesta jatkohoidon järjestämiseen. Lisäksi henkilökunnalta vaaditaan taitoja toteuttaa potilasohjausta monipuolisin ohjausmenetelmin. Huonosti toteutettu tai laiminlyöty potilasohjaus voi tuhota hyvänkin primaarisen hoitotuloksen. (VeTePO- hanke 2009,1.)

Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan terveyttä ja hoitamista koskevan tiedon ja ymmärryksen lisääminen, täsmentäminen ja tarkentaminen niin, että potilaat ja heidän omaisensa sen avulla pystyvät hallitsemaan terveyttään ja siihen liittyviä ongelmia sekä osallistumaan hoitoon ja tekemään terveyttä koskevia päätöksiä. Tieto edistää paranemista ja hoidon onnistumista, ja sillä saavutetaan pitkän aikavälin tuloksia. (Heikkinen 2011; Hill 1997, 109.)

Teknologiset parannukset kirurgiassa, anestesia-aineiden ja –tekniikoiden kehittyminen sekä postoperatiivisen hoidon kehitys erityisesti leikkauksen jälkeisen kivun lievityksessä ovat mahdollistaneet aiempaa lyhyemmän sairaalassaolon. Nämä muutokset ovat vaikuttaneet myös potilaan ja perheen rooliin. Toimenpiteen jälkeen potilas kotiutuu entistä aikaisemmin ja toipuu sairaalan ulkopuolella, yleensä kotona. Lyhytkirurgisessa, nopeassa hoitoprosessissa potilaan ohjauksen merkitys korostuu entisestään. Tämä hoitokäytännön muutos on merkinnyt potilaan tiedon tarpeen, itsehoitovaatimusten ja vastuun lisääntymistä. (Heino 2005, 17; Palmu & Suominen 1999, 120.)

Lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi ohjaukselle jää vain vähän aikaa ja potilaat joutuvat ottamaan itse enemmän vastuuta hoidostaan. Lyhentyneiden hoitoaikojen takia ohjausta tulee myös tehostaa, sillä oletetaan, että tehostetun ohjauksen avulla asiakkaat selviytyvät toipumisajastaan kotona ja ottavat vastuuta omasta hoidostaan. Ohjaukselta edellytetään, että potilaat saavat valmiudet hoitaa itseään. Ohjauksen minimitavoitteena onkin mahdollistaa potilaan selviytyminen ja itsensä kotona hoitaminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005 213; Salanterä ym. 2005 218; Kyngäs, Kukkurainen, Mäkeläinen 2005, 12; Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta 2007, 5.) Potilaan ohjaus on osa hoitotyön prosessia, jolla vaikutetaan potilaan tietoihin ja taitoihin, ja se tulee olla hyvin suunniteltu. Ohjaus on edellytyksenä potilaan hoitoon osallistumiselle ja omaan hoitoonsa sitoutumiselle. Laadukas lyhytkirurginen hoitoprosessi ilman potilaan perusteellista ohjausta on puutteellista, koska hoitotoiminnasta suurin osa jää potilaan omalle ja perheen vastuulle. (Palmu & Suominen 1999, 126; Ruuth-Setälä 1997, 13.) Annetun tiedon riittävyys ja sen ymmärtäminen ovat tärkeitä asioita potilaan toipumisen kannalta. Toipumisprosessissa myös omaisen rooli nousee erittäin merkittäväksi (Ruuth-Setälä 1997,10, 89).

Tiedon välittämistä potilaalle edellyttää sekä ammattietiikka että laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), joka määrittelee, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon hoidossa. Hänelle on annettava tietoa terveydentilasta, hoidoista ja eri hoitovaihtoehtoista. Tieto on annettava niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Eri tutkimukset osoittavat, että potilaan ohjaukseen ei panosteta riittävästi. On todettu muun muassa, että potilaan hoitoon liittyvä tieto ja ohjaus vaihtelevat ja ovat ristiriitaisia palveluprosessin eri vaiheissa. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.)

Käsitteenä ohjaus on vaikea määritellä yksiselitteisesti, eikä sille ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Se on sisällöllisesti eri asioita eri yhteyksissä ja eri aikoina. Nykyään ohjauksessa painotetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomioon ottamista, asiakkaan ja hoitajan jaettua asiantuntijuutta sekä

asiakkaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta. (Asiakas voi olla kuka tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö, potilas.) Asiakas ymmärretään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana. Hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan ja ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään erilaisia tapoja toimia. Tarkoituksena on lisätä asiakkaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan. (Kyngäs ym. 2005, 12; Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

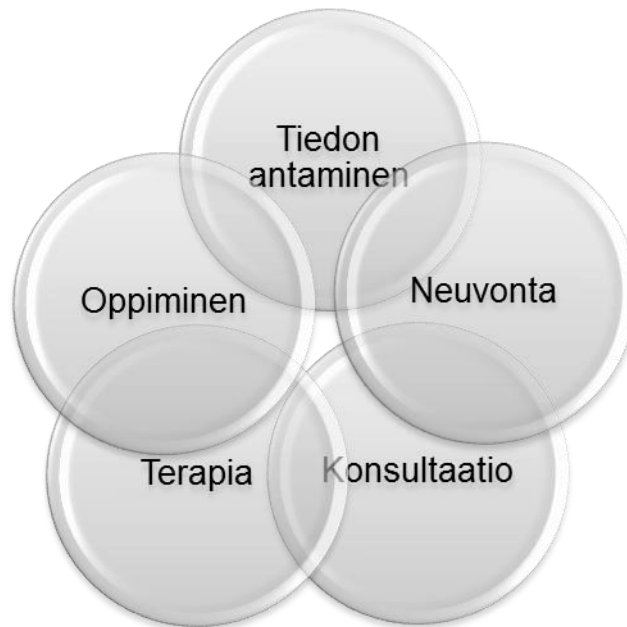
Ohjaus voidaan määritellä myös tiedon antamiseksi tai potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi. Se on potilaan auttamista valintojen tekemisessä tai erilaisia hoitotyön toimintoja. Ohjaus on käsittänyt joukon toisiinsa liittyviä toimintoja, jotka voivat olla kestoaltaan lyhyitä, kertaluonteisia tai pidempiä ja toistuvia. (Kääriäinen 2007, 29.)

Kääriäinen (2007) määrittelee käsiteanalyysin perusteella ohjauksen olevan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja joka on sidoksissa heidän kontekstiinsa. Ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta. Ohjaus mahdollistaa muun muassa potilaan ja hoitohenkilöstön oppimisen, potilaan terveyden edistämisen ja kansantalouden säästöt. (Kääriäinen 2007, 34.)

Ohjaus koostuu elementeistä, joita ovat tiedon antaminen, neuvonta, terapia, konsultaatio ja oppiminen. Tavalla tai toisella nämä liittyvät aina ohjaukseen (Kuvio 2). Elementit vaihtelevat ja painottuvat eri tavoin eri ohjaustilanteissa esimerkiksi tilanteen tavoitteesta, ohjaukseen olemassa olevasta ajasta ja paikasta, ohjaajan lähestymistavasta, ohjattavan elämäntilanteesta ja puheeksi otetusta asiasta riippuen. Jokainen tilanne on ainutkertainen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 19.)

Potilasohjaus (patient education) ja neuvonta (counseling/counselling) aiheuttavat usein sekaannusta keskenään. Tämä johtuu siitä, että ne ovat toisiinsa liittyviä prosesseja. Neuvonta on prosessi, joka antaa potilaalle mahdollisuuden tutkia, selvittää ja löytää paikkansa, jolloin hän voi arvioida ongelmiaan objektiivisesti ja luoda omat toimintatapansa. Se on potilaslähtöistä, jossa ohjaaja esittää

passiivista, mutta ohjaavaa roolia. Monet terveydenhuollon ammattilaiset näkevät neuvonnan olevan olennainen osa ohjausta toimien sen ”edeltäjänä”. (Hill 1997, 110.)



Kuvio 2. Ohjaustyöhön sisältyvät elementit (Mukaillen: Vänskä ym. 2011, 19).

Laadukas ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa ja sitä toteutetaan potilaan lähtökohdista. Se on vuorovaikutussuhteeseen rakentuvaa ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa. Vaikuttavalla ohjauksella on merkitystä potilaiden asennoitumiseen, vastuunottoon sairauden hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2007, 122,134.) Opettaminen puolestaan on suunniteltua toimintaa, jossa pyritään mahdollistamaan ja edistämään oppimista (Laine 2010, 27). Opetuksen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. Se on suunniteltua ja systemaattista toimintaa, jonka päämääränä on tietämyksen ja toiminnan muutos. Potilaan opettaminen on prosessi, jonka avulla pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan. Tämä toteutetaan antamalla hänelle tietoa suunnitellulla ja jäsentyneellä tavalla. (Sarvimäki & Stenbock 1996, 169, 171.) Ohjauksen ja opetuksen erona on se, että ohjauksessa potilas nähdään vielä aktiivisemmassa roolissa ja siinä koros-



tetaan enemmän potilaan omaa vastuuta valinnoistaan kuin opetuksessa, jossa korostuu tiedon lisääminen ja käyttäytymisen muuttaminen (Jaakonsaari 2009, 10).

### 3.2 Eettisyys potilasohjauksessa

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 15§). Huolimatta siitä, että potilasohjauksella on keskeinen rooli hoitotyön etiikassa, sitä harjoitetaan eettisesti kyseenalaisesti ja epäeettisin tavoin (Redman 2008, 813). Ohjauksen eettisyyden arvioiminen kuuluu jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen ohjausosaamiseen. Hoitajalla on aina ohjaajana toimiessaan ammattilaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja että hän toimii vallitsevan oikean tietämyksen mukaisesti oikein. Ohjauksessa näyttöön tai hyviin käytäntöihin tukeutuminen ovat eettisen työskentelyn perusta. Ajantasainen ja tutkittu tieto takaavat ohjauksen luotettavan asiasisällön. Asiakkaalla on aina oikeus saada tutkittua ja luotettavaa tietoa ohjaustilanteissa. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Ohjaustilanteen eettiset kysymykset liittyvät usein asiakkaan oikeuksiin, kuten autonomiaan, yksilöllisyyteen ja vapauteen. On tärkeää muistaa, että potilaan ohjaus on moraalinen tehtävä, jolla vaikutetaan potilaan identiteettiin, toimintatapaan, itsearvostukseen ja mahdollisuuksiensa havainnointiin. (Redman 2008, 813.) Eettinen pohdinta sisältää ohjauksen hyvien ja pahojen sekä oikeiden ja väärin tapojen arviointia. Yksi ohjaustyön eettisyyteen liittyvä näkökulma liittyy moraalikysymyksiin: millainen ohjaus on moraalisesti oikein ja millainen arveluttavaa? Korkea moraalinen ohjaustilanteessa pitää sisällään ajatuksen toimia jokaisen potilaan kohdalla niin hyvin kuin mahdollista, kiireestä, potilaan taustoista ja muista ulkoapäin vaikuttavista tekijöistä huolimatta. (Vänskä ym. 2011, 10-11; Onnismaa 2007, 104; Kyngäs ym. 2007, 154.)

Yhtenä näkökulmana voidaan pitää Onnismaan (2007) mukaan tunteiden ja järjen erottelemista ohjaustilanteessa. Tästä näkökulmasta asiaa katsottuna pitäisi miettiä, pitääkö esimerkiksi asiakkaan terveyteen puuttua, vaikka se ai-

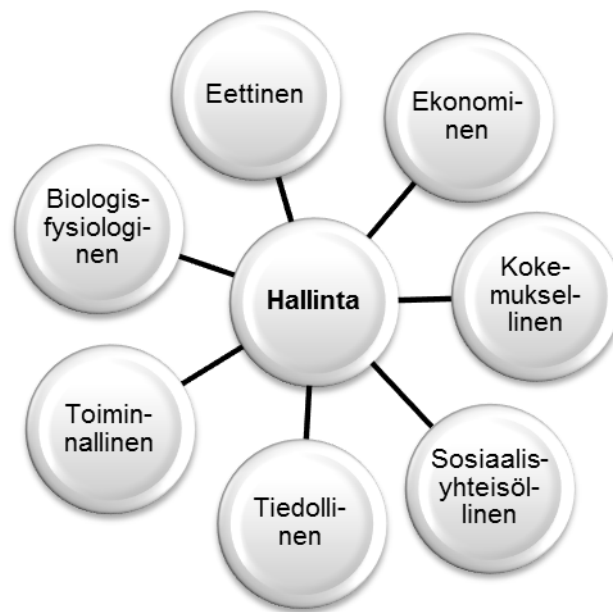
heuttaisi pahaa mieltä joko ohjaajalle tai ohjattavalle. Ohjaustilanteessa tuleekin pohtia, miten voidaan ottaa huomioon ja säilyttää asiakkaiden tarve hallita omaa elämäänsä, tarvetta olla yksilöllinen ja suojella heidän yksilöllisyyttään. (Onnismaa 2007, 105.) Riittävä tieto asiakkaasta antaa mahdollisuuden ohjaustilanteessa yksityisyyden kunnioittamisen ja ohjauksen sovittamisen asiakkaan tarpeisiin. Erityisen merkittäviksi eettiset kysymykset nousevat ohjattaessa asiakkaita, jotka ovat vaarassa syrjäytyä tai jotka eivät hallitse nykyajan tietotekniikkaa. Sama koskee myös ohjattaessa muistisairaita tai psyykkisesti sairaita ihmisiä, jotka eivät pysty ottamaan vastuuta päätöksenteosta. (Kyngäs ym. 2007, 155.)

Myös asiakkaalla on vastuunsa ohjaustilanteissa, sillä hän vastaa oman terveytensä edistämisestä. Asiakasta on totuttu pitämään hoitosuhteessa osapuolena, jolla on vähemmän vastuuta ja velvollisuuksia kuin esimerkiksi hoitajalla, jolla on jo ammattinsa puolesta erilainen tietämys ja vastuu hoitosuhteesta. Asiakkaan velvollisuutena on etsiä ohjausta niin, että hän kykenee saamansa tiedon perusteella tekemään itsenäisiä päätöksiä. (Kyngäs ym. 2007, 155,156.)

### 3.3 Potilasohjauksen sisältö

Laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä ja tuo säästöjä. Sen on myös tutkittu lisäävän sisäisen hallinnan (empowerment) tunnetta. (Kääriäinen 2007, 114; Vänskä ym. 2011, 16-17.) Leino-Kilpi puhuu potilaan hallintastrategioista, joilla hän tarkoittaa ajattelu- ja toimintakokonaisuutta, jonka avulla ihminen itse saavuttaa hallinnan omassa elämässään ja kokee elämänsä tasapainoiseksi ja voimakkaaksi mahdollisissa ongelmatilanteissa. Näitä tekijöitä hoitajan tulee ohjauksellaan vahvistaa. Sisäinen hallinta on jatkuva prosessi, joilla tuetaan ja edistetään laadukasta hoitoa. Se voidaan sisällöllisesti jakaa seitsemään alueeseen: biologis-fysiologinen, toiminnallinen, tiedollinen, sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen, ekonominen ja eettinen (Kuvio 3). Biologis-fysiologisella alueella sisäinen hallinta muodostuu siitä, että ihminen tuntee ongelmasta aiheutuvat fyysiset oireet ja tuntemukset ja omaa niistä mielestään riittävästi tietoa.

Toiminnallisella alueella hallinta muodostuu siitä, että ihminen kykenee toimimaan aktiivisesti edistääkseen omaa hallintaansa. Tiedollinen alue muodostuu ihmisen kokemuksesta riittävän tiedon omaamiseen ongelmastaan ja ymmärtää sen kyeten hankkimaan uutta tietoa ja käyttämään sitä.



Kuvio 3. Sisäisen hallinnan sisältöalueet (Mukaillen Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 33).

Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella ihminen kokee terveysongelmastaan huolimatta pysyvänsä oman sosiaalisen yhteisönsä jäsenenä ja kokee hoidollisen ympäristön ja siihen liittyvät kontaktit hallintaa tukevana asiana. Kokemuksellisen alueen hallinnassa ihminen hyödyntää aiempia kokemuksiaan terveysongelmistaan minäkuvaansa vahvistaen. Eettisen alueen sisäisessä hallinnassa ihminen arvostaa itseään ja pitää itseään ainutlaatuisena, hoidollisen toiminnan motiivin hän kokee olevan omaksi parhaakseen. Ekonomisen alueen hallinta on ihmisen taloudellista selviämistä omasta terveysongelmastaan. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 19, 31, 33-34.)

### 3.4 Potilasohjauksen menetelmät

Siirtyminen nykyaikaiseen, potilasta osallistavaan ja tarvelähtöiseen potilasopetukseen on tulevaisuutta terveydenhuollossa. Myös uuden sukupolven, jonka intressit ovat vahvasti informaatioteknologiassa, huomioon ottaminen terveydenhuollon asiakkaana on tärkeää. Uusiin toimintatapoihin olisi syytä varautua, sillä hoitohenkilökunnalla tulee olla monipuoliset valmiudet hyödyntää eri potilasopetusmenetelmiä potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen & Nenonen 2007, 117.)

Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Arvioiden mukaan asiakkaat muistavat kolmasosan siitä, mitä he näkevät, mutta vain kymmenesosan siitä mitä he kuulevat. Näkö- ja kuuloaistia käyttämällä he muistivat 90 % asioista, joita oli käyty läpi. Tämä osoittaa, että ohjauksen vaikutuksen varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kaukonen (2010) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Potilaiden tarpeet saada tietoa, tukea ja taitojen opetusta olivat yksilöllisiä, mikä pitäisi ottaa huomioon ohjauksen sisältöä suunniteltaessa. Samoin tarve saada ohjausta eri ohjausmenetelmillä oli yksilöllistä, joskin kirjallisten ohjeiden merkitys korostui hoidon toteuttamisessa itsenäisesti kotona. Potilaiden mahdollisuuksia hankkia ennalta tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta tulisi lisätä, jotta heillä olisi ohjaustilanteessa aktiivinen rooli. (Kaukonen, 2010.)

Ihmiset omaksuvat asioita eri tavoin. Hoitajan tehtävänä onkin tunnistaa, mikä omaksumistapa sopii parhaiten kenellekin. Toiset muistavat asioita näkemällä, toiset kuuntelemalla. Joillekin kokonaisuuksien tarkasteleminen on parempi tapa omaksua tietoa kuin yksityiskohtainen asioihin paneutuminen. Käyttää ihminen sitten mitä omaksumistapaa tahansa, keskeisten asioiden kertaaminen on tärkeää, koska muisti on rajallinen ja pystyy vastaanottamaan vain tietyn määrän asioita (Taulukko 1). (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää myös hoitotyön ammattilaisilta valmiuksia antaa tarvittavaa tietoa ja ohjausta. Se vaatii omien tietojen päivittämis-

tä ja omaehtoista opiskelua, mikä taas vaikuttaa potilasohjauksen laatuun. Tästä syystä osastoilla tulisi olla selvät ohjeet siitä, mitä ohjausmateriaalia ja ohjausta kullekin potilasryhmälle annetaan, jotta kaikki potilaat saisivat tarvitsemansa tiedot ja taidot käyttöönsä. (Hankonen ym. 2006,26.)

Taulukko 1. Ohjauksessa muistettavia asioita (Mukaillen Kyngäs ym. 2007, 74).

1. Asiakas unohtaa suuren osan kerrotusta.
2. Ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi.
3. Mitä enemmän kerrotaan, sitä suurempi on unohtuvien asioiden osuus.
4. Ensiksi kerrotut ja tärkeimmiltä tuntuvat asiat muistetaan parhaiten.
5. Älykkyys ei lisää muistamista.
6. Vanhat muistavat yhtä paljon kuin nuoret.
7. Mitä enemmän asiakkaalla on lääketieteellistä tietoa, sitä enemmän hän muistaa.

### 3.4.1 Yksilö- ja ryhmäohjausmenetelmät

Ohjausta annetaan usein suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Asiakkaalla on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja hoitajan tuen saamiseen. Suullista ohjausta toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä voidaan tukea erilaisin ohjausmateriaalein. Tapa, jolla ohjausta toteutetaan, ratkaisee sen onnistumisen. Vaikka yksilöohjaus vaatii hoitajan aikaa, mahdollistaa se asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen ollen usein tehokkain menetelmä. (Kyngäs ym. 2007, 74, 84.) Tutkimuksen, jonka yhtenä osa-alueena oli kuvailla terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjaustoiminnasta, tulokset osoittivat, että 92 % (lähes kaikki) vastaajista hallitsi hyvin suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen ym. 2009, 9).

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytettävistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Sitä annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Tavoitteet vaihtelevat ryhmien ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaan. Ryhmässä mukana oleminen voi olla sen jäsenelle koke-

mus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Yksilön näkökulmasta asiaa tarkasteltuna ryhmäohjaus voi olla tehokkaampi oman terveyden edistämisen käynnistäjä kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjauksen etuna on se, että esimerkiksi tietoa terveyteen tai sairauteen liittyvistä asioista voidaan jakaa kerralla suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Hyvän ja toimivan ryhmän ominaisuuksiin kuuluvat yhteinen tavoite tai päämäärä ja se, että kaikki tuntevat toisensa. Toisten tunteminen lisää ryhmän turvallisuutta ja luottamusta sekä ryhmän jäseniin että hoitajiin. (Kyngäs ym. 2007, 106.) Joillekin potilaille toisten tapaaminen ja kokemusten jakaminen antavat motivaatiota ja luovat vuorovaikutuksellisuutta. Ryhmäohjauksessa on haasteellista kohdata yksilön tarpeita. Joillekin potilaille voi olla vaikeaa osallistua tapaamisiin, toiset saattavat pelätä muiden arvostelua tai omia virheitään. (Hill 1997, 116.)

#### 3.4.2 Audiovisuaalinen ohjaus ohjausmenetelmänä

Tietoa ja tukea voidaan tarjota erilaisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla voidaan virkistää muistia keskustelemisen yhteydessä. Lisäksi sen avulla voidaan helpottaa tiedon välittämistä omaisille. Audiovisuaalista ohjausta pidetään muita menetelmiä vähemmän vaikuttavana. Toisaalta asiakkaat ja omaiset toivovat sen käyttöä suullisen keskustelun ja ryhmäkeskustelujen tukena. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

Kääriäisen ym. (2006, 9) tutkimuksessa yhtenä osa-alueena oli kuvailla terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjaustoiminnasta. Kirjallisen ohjauksen hallitsi hyvin kolme neljäsosaa (74 %), mutta vajaa viidennes (17 %) huonosti ja kymmenesosa (9 %) ei käyttänyt ohjausmateriaalia lainkaan. Naiset hallitsivat suullisen ja kirjallisen ohjauksen miehiä paremmin. Ryhmäohjauksen (31 %), demonstroinnin (28 %) ja audiovisuaalisen ohjauksen hallitsi huonosti kolmannes.

Menetelmiä, jotka hallittiin huonosti, käytettiin vähemmän. Demonstroinnin hallinta oli yhteydessä työkokemukseen.

Ohjauksessa videoita näyttämällä voidaan ohjata perusasioissa ja yleisten ongelmien käsittelyssä. Tällä menetelmällä voidaan antaa paljon tietoa oikea-aikaisesti. Videoista hyötyvät erityisesti ne, joilla on ongelmia kirjallisen materiaalin lukemisessa. Video-ohjeet ovat myös taloudellista. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Demonstrointi eli näyttämällä opettaminen on paras menetelmä motoristen taitojen opettamiseen ja erilaisten asioiden opetteluun. Hyvälle havainnollistamiselle on olennaista, että se on valmisteltu hyvin. Havainnollinen esittäminen sopii hyvin yksilö- ja pienryhmäohjaukseen. Lyhyitä harjoitusjaksoja suositetaan, jotta voitaisiin vahvistaa asiakkaan myönteisiä oppimiskokemuksia, itseluottamusta ja sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 129-130.)

Potilaat hakevat tietoa monista erilaisista lähteistä terveydenhuollon ulkopuolelta. Kirjat, oppaat ja erilaiset luettavat materiaalit ovat yleisimpiä informaation lähteitä. Tietokoneen käytöstä potilasohjauksessa on paljon hyötyä. Esimerkiksi tietokonelähtöinen opetusmateriaali tarjoaa mahdollisuuden opiskeluun juuri silloin, kun se itselle sopii. Lisäksi sen etuna on myös johdonmukainen tiedonsaanti, joka voidaan räätälöidä potilaan yksilöllisten ominaisuuksien mukaan. (Lewis 2003, 88; Heikkinen 2011.) Hoitajien tulisikin ymmärtää, miten internetin käyttö on vaikuttanut tapoihin, joilla potilaat oppivat ja selviytyvät sairaudestaan. Sairaanhoidajilla on lukemattomia mahdollisuuksia yhdistellä tietoa osaksi potilasohjausta. (Shelton Anderson & Klemm 2008, 61.)

Lewisin (2003, 95) kirjallisuuskatsaukseen perustuva tutkimus tietokoneen käytöstä potilasohjauksessa käsitti 32 erilaista tieteellistä tutkimusta. Tutkimustulokset osoittivat, että tietokoneperustainen potilasohjaus on tehokas menetelmä tiedonjakamiseen ja tiedonsaannin lopputuloksen parantamiseen. Nämä kliiniset tulokset ovat aikaansaaneet merkittävää edistystä tietokoneen käyttöön liittyvässä oppimisessa. Potilaiden itsehoito ja tyytyväisyys paranivat pitkäaikais-sairailla potilailla. Myös sosiaalisen tuen merkitys korostui käytettäessä interne-

tin vertaisryhmä- online -keskustelupalstoja. Sosioekonomisilla eroilla ei raportoitu olevan merkittävää vaikutusta kykyyn käyttää tietokoneperustaista teknologiaa vaikuttavasti. Tutkimukset osoittivat, että tietokoneen käyttö potilasohjauksessa on vaikuttavaa iästä riippumatta. Kääriäisen ja Kynkään (2005, 213) tutkimuksessa todettiin, että tietokoneen käyttöä ohjauksessa tulisi tehostaa. Sen avulla tietoa pystyttäisiin välittämään suurelle ryhmälle ajasta tai paikasta riippumatta. Myös Heikkisen (2011, 5) tekemän tutkimuksen tulokset puoltavat Internetin käyttöä potilasohjauksessa. Potilaat käyttivät nettisivustoa ongelmitta ja arvioivat sen helppokäyttöiseksi. Internet-perustaiseen ohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät ohjauksen jälkeen enemmän kuin sairaanhoitajan välittämään potilasohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedot.

Internetperustaisen ohjauksen ja tuen etuna on laaja ja ajankohtainen tieto, ohjausmallien valikoima, potilaiden voimaantuminen, uudet kommunikointimahdollisuudet sekä tuki vuorokauden jokaisena tuntina, seitsemänä päivänä viikossa. Internetin käytön sudenkuopat liittyvät epätarkkaan tietoon, huonoon yhteyden laatuun, turvallisuuteen ja yksityisyyden näkökohtiin. (Shelton Anderson & Klemm 2008, 55.)

Puhelinohjaus on lisääntynyt huomattavasti 2000-luvun puolenvälin jälkeen. Se vaatii samanlaista suunnittelua ja arviointia kuin muutkin ohjausmenetelmät. Sen käytännön toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, joten ohjaajalta vaaditaan terveydenhuollon lainsäädännön tuntemista. Puhelinohjauksen lähtökohta voi olla joko asiakkaan ensikontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti asiakkaaseen. Puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjaustavoista sen sisältämien asioiden vuoksi. Potilas voi kysyä tietoa erilaisista sairauksista tai niihin liittyvistä asioista, mielenterveys- ja päihteisiin liittyvistä asioista, tapaturmista, leikkaukseen valmistautumisesta, rokotuksista jne. Haasteellisuutta lisää se, että sanatonta viestintää ei voida käyttää. (Kyngäs ym. 2007, 117-119.)

Kirjallinen ohjausmateriaali on erityisen tarpeellista silloin, kun suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on vähäinen. Nykyisin tämä on yhä merkittävämpää ly-



hentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi. Kirjallista ohjausmateriaalia ovat yksisivuiset ohjeet tai lehtiset ja useampisivuiset oppaat tai kirjaset. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla asiakas voi saada tietoa tulevista hoitoonsa liittyvistä asioista. Toinen tärkeä käyttöalue ovat kotiutusohjeet, joita asiakkaiden mielestä on hyvä olla saatavilla suullisen ohjauksen tukena. Kun ohjeet ovat kirjallisessa muodossa, on niihin helppo tukeutua itsekseen ja tarkastaa tietojaan. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Kääriäinen ja Kyngäs (2005), joiden tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun heille annettiin riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tyytymättömyyttä aiheutti sisällöltään niukka ohjaus. Ohjausmenetelmistä kirjallinen ohjausmateriaali on merkittävä ohjauksen tuki, sen antamisen todettiin tukevan audiovisuaalista ja suullista ohjausta. Ongelmana todettiin, että potilaat eivät aina ymmärtäneet saamaansa ohjausmateriaalia. Kirjallista ohjausmateriaalia pidettiin käyttökelpoisena, kun se oli sanastoltaan ymmärrettävää. Potilasohjauksen antajilla onkin vastuu kehittää ohjausmateriaalia luettavuudeltaan, kirjoitusasultaan ja laadultaan sopivaksi (Lewis 2003, 95). Potilaat toivoivat enemmän tietoa sairauden oireista, syistä ja lääkehoidosta, kun taas hoitohenkilökunta uskoi ohjaavansa potilaita riittävästi edellä mainituista asioista (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210-211,213).

Erilaisten hoito-ohjeiden antaminen on olennainen osa ohjausta. Ohjaustapa ratkaisee ohjauksen onnistumisen. Ohjaus on tehokkaimmillaan yksilöllisesti toteutettuna, asiakkaan taustatekijät (arvot ja näkemykset) huomioon ottaen. Asiakkaan tarpeiden mukaisella tiedon antamisella voidaan tukea hänen päätöksentekoaan ja itsearviointiaan. Ohjaus ei ole pelkästään sitä, että hoitaja kertoo asiakkaalle asioita. Asiakkaan tietämys karttuu silloinkin, kun hän saa aikaa miettiä ja arvioida aiempia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan sekä niiden sopivuutta omaan arkeensa. (Kyngäs ym. 2007, 85-86, 87. )

### 3.4.3 Ohjaustilanteen järjestämiseen vaikuttavat asiat

Ohjaustilannetta tukevia tai heikentäviä tekijöitä hoitoympäristössä voivat olla hoitotyön kulttuuri, fyysinen ja ihmissuhdeympäristö. Ensivaikutelma hoitoyksikön ilmapiiristä, viihtyisyydestä ja myönteisyydestä luo pohjaa ohjaustilanteelle ja merkitsee asiakkaille paljon. Merkittävin on kuitenkin tila, jossa ohjaus toteutetaan. Paras ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä asiaan. Lisäksi siellä tulee olla satavilla ohjaukseen mahdollisesti tarvittava materiaali. Ympäristön valinnassa on myös tärkeää huomioida ehkä asiakkaalle heräävät negatiiviset tunteet tilaa kohtaan. Ohjaamisen onnistuminen vaatii rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

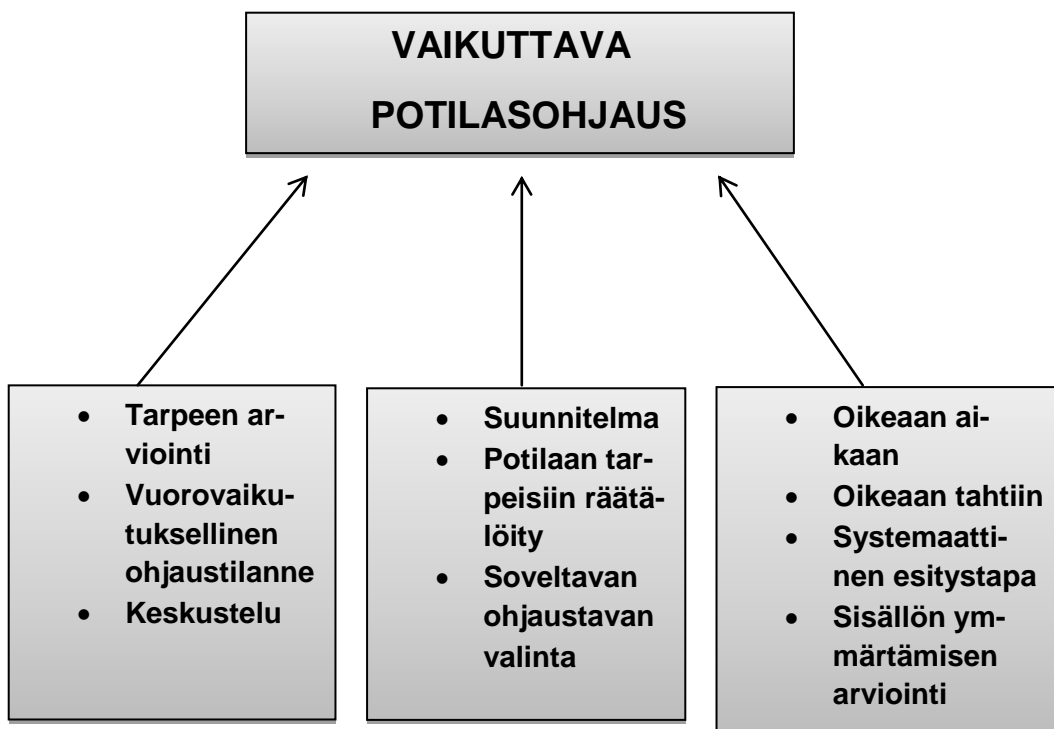
Ohjauksen psyykkiseen ilmapiiriin vaikuttavat hankaloittavasti kiire ja siitä johtuva ohjaukseen käytettävän ajan vähyys. Kiireen näyttäminen viestii potilaalle siitä, että ohjaaja ei pidä ohjattavaa ja tämän asiaa tärkeänä. Jos potilas aistii hoitajan kiireen, vähenee vuorovaikutus ja hän ei ehkä luota siihen, että hänen asiaansa pidetään tärkeänä. Tunne kiireestä pudottaa pohjan koko ohjausprosessilta. Olennaista olisi kiinnittää huomiota käytettävän ajan organisointiin eikä niinkään tapaamiseen kestoon. (Kyngäs ym. 2007, 37; Onnismaa 2007, 39.)

Potilaslähtöisessä ohjauksessa on tärkeää oikeanlainen ajoitus. Kroonisen sairauden diagnosoinnin jälkeen potilaat kokevat tietynlaisen surureaktion, jonka jälkeen ohjauksella ei saavuteta sitä tulosta, joka olisi potilaan terveydelle parasta. Päinvastoin, tässä tilanteessa annettu ohjaus voi johtaa potilaan masentumiseen. Kaikkein otollisin aika ohjauksen aloittamiselle lähtee potilaasta. Kun hän alkaa tehdä kysymyksiä, on aika ohjauksen aloittamiselle. (Hill 1997, 111.) Hansen (1998, 56-60) kiteyttää oikeanlaisessa ajoituksessa huomioonotettavat asiat seuraavanlaisesti: ohjausta tulee antaa aina, kun potilas on siihen valmis ja vastaanottavainen. Tietyistä asioista kysyminen on merkki siitä, että potilas on valmis vastaanottamaan tietoa. Potilaan tarpeet määräävät ohjauksen suunnan. Keskittymällä tietoon, joka potilaan on saatava, säästyy myös aikaa.

### 3.5 Potilaslähtöinen ohjaus

Asiakaskeskeisyydestä puhutaan paljon ja on tehty kattavia laatu-järjestelmiä asiakastyön parantamiseksi. Potilaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista terveyteen. Asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa. Tiedolla on merkitsevyyttä sitoutumiseen. Myöskään tiedon antaminen yksinään ei riitä, vaan on myös varmistettava, että asiakas on ymmärtänyt tiedon sisällön. (Torkkola 2002,13,20.)

Vaikuttava potilasohjaus on monimutkainen prosessi, joka koostuu seuraavista elementeistä (Kuvio 4):



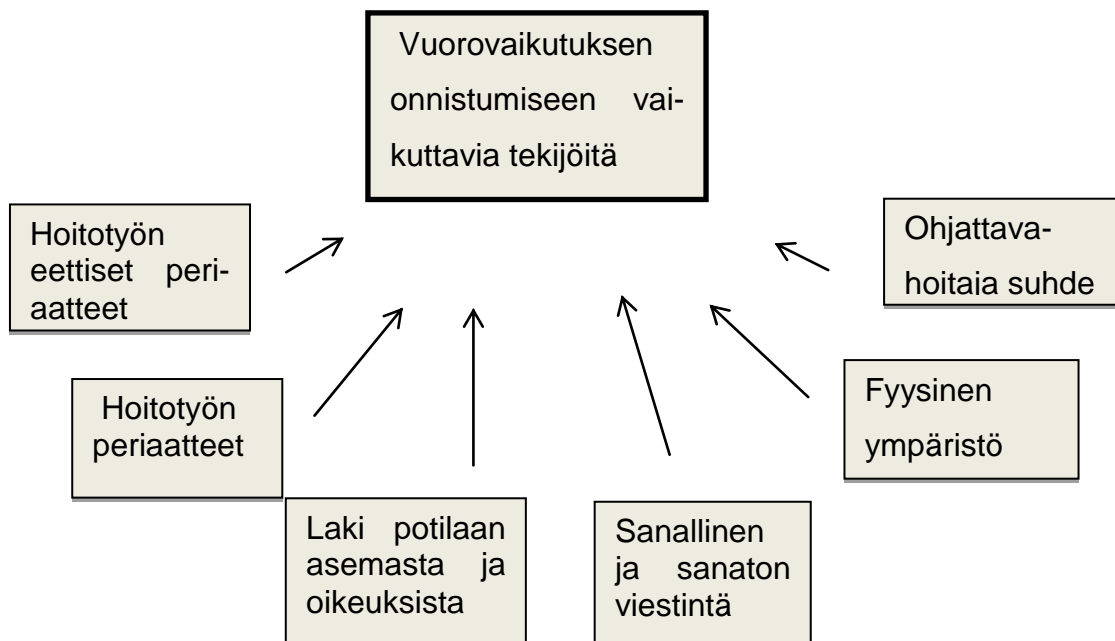
Kuvio 4. Potilasohjausprosessi (Mukaillen Hill 1997, 110).

Kääriäisen ym. (2005) mukaan hoitohenkilökunnalle potilaiden ohjaustarpeiden arviointi on vaativaa, koska ohjaustarpeet vaihtelevat potilaiden taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208). Jos asiakkaan taustatekijöitä ei oteta huomioon, samassa tilanteessa olevia ohjataan aina samalla tavalla ja samoja ohjausmenetelmiä käyttämällä. Tällöin ohjaus ei perustu

asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Hoitaja ja asiakas taustatekijöineen muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin taustatekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 28.)

Ohjauksen tavoitteiden määrittäminen on erityisen tärkeää itsehoidon onnistumisen ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Tavoitteet määritellään yhteistyössä asiakkaan kanssa, jotta ne olisivat hänen saavutettavissaan. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla sopusoinnussa asiakkaan elämäntilanteen kanssa, jotta niillä voitaisiin lisätä asiakkaan hyvinvointia. Asiakkaan oman näkemyksen huomioiminen tavoitteiden tekemisessä edistää hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumistaan. (Kyngäs ym. 2007, 75.) Vaikka ohjaaja on sisällön asiantuntija, potilas on asiantuntija siinä, mitä hän tuntee ja tietää (Hansen 1998, 58).

Laadukkaan ohjauksen toteuttamiseen eivät aina riitä pelkät asianmukaiset ohjauksen resurssit, joita ovat esimerkiksi riittävä henkilöstö, aika, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Laadukkaan ohjauksen tulee olla myös potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista (Kuvio 5). Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan elämäntilanne ja antaa hänelle mahdollisuus keskustella ongelmista. Ohjauksen saanti ei myöskään saisi olla pelkästään asiakkaan oman aktiivisuuden varassa. Jos ohjaus on riittävää, sillä on myös vaikutuksia asiakkaan terveyden ylläpitoon ja edistämiseen. (Kääriäinen 2007, 120; Kyngäs ym. 2007, 21.) Sillä, miten asiakas ja terveysalan ammattilainen viestivät vuorovaikutustilanteessa, on tutkimusten mukaan merkittävä vaikutus potilaan kokemukseen hoidon laadusta ja tuloksista (Hankonen ym. 2006, 23).



Kuvio 5. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Mukaillen Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 23).

Ohjaus on parhaimmillaan dialogia, joka luo uutta ja jossa asioille syntyy uudenlaisia merkityksiä. Rikas vuorovaikutus rakentuu sekä sanallisesta että sanattomasta viestinnästä. Ohjaustilanteessa sillä, miten ja mitä puhutaan, on merkitystä, koska välitämme kielen avulla viestejä ohjaajalta ohjattavalle ja toisin päin. Sanattomalla viestinnällä ja äänenpainoilla tuetaan oppimista. Sanaton viesti on vahvempi kuin sanallinen ja siksi terveydenhuollon ammattilaisen on tunnistettava omat sanattoman viestinnän tapansa ja osattava käyttää sitä. Ei siis ole merkityksetöntä, miten ohjaaja toimii potilaan kanssa ohjaustilanteessa. Ohjattavan rohkaiseminen, motivointi ja kannustaminen kuuluvat olennaisena osana ohjaukseen. Hyvä ohjaaja antaa ohjattavalle mahdollisuuden kysyä ja sanoa asioista, joita hän ei ole ennen tullut ajatelleeksi. Hoitajan kuuluu tehdä myös kysymyksiä asioiden selkeyttämiseksi. (Vänskä ym. 2011, 35-36, 41, 47, 51; Onnismaa 2007, 44, 47; Kyngäs ym. 2007, 48, 87.)

Sosiaali- ja terveysalalla korostetaan asiakkaan kuuntelemista (Vänskä ym. 2011, 35). Jotta ohjaus rakentuisi asiakkaan voimavaroja tukeväksi, edellyttää

se hoitajalta tarkkaavaista kuuntelemista. Hyvä kuunteleminen vaatii erilaisia taitoja, joiden tehtävänä on tukea asiakkaan omien ajatusten esilletuomista. (Kyngäs ym. 2007, 80.)

Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaalle tulee tarjota selkeää, yksiselitteistä, täsmällistä ja asianmukaista tietoa, joka sopii kunkin omiin lähtökohtiin, sen pitää olla helposti ymmärrettävää eikä se saa olla ammattikieltä (NICE, 2009 13; Hansen 1998,59). Sairaanhoitaja - potilas -suhde on luonteeltaan luottamuksellista, se on kumppanuutta ja se rakentuu kunnioitukselle ja arvostukselle (Rycroft-Malone, Latter, Yerrel & Shaw 2000, 36).

Vaikka ajan löytäminen ohjaukselle saattaa olla hankalaa, hoitajat ovat silti sitoutuneet ohjaamaan ja opettamaan. Useaankaan kertaan annettu ohjaus ei aina jää potilaan mieleen. On syytä pysähtyä miettimään, miten paljon potilaat todellisuudessa ymmärtävät sanomastamme. Ohjaustilanteessa onkin tärkeä kysyä potilaalta, mitä hän on ymmärtänyt saamastaan ohjauksesta ja miten häntä on ohjattu, sillä ohjauksesta huolimatta potilaat eivät saa aina riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. (Freda 2004, 208; Iso-Tomu ym. 2011, 9.) Potilaat myös toivoivat, että omaiset otettaisiin ohjaukseen mukaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208).

Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää kaiken hoitoprosessiin liittyvän hoidon arvioimista. Arvioinnilla voidaan myös vaikuttaa tuleviin hoitokäytäntöihin ja valita kulloinkin paras mahdollinen toimintatapa. (Lauri 2003, 7.) Arviointiperusteena on potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Keskustelu potilaan kanssa antaa viitteitä siitä, miten hän sisäisti ohjeet. Ohjaaja pystyy keskustelun kuluessa havainnoimaan, mitä ohjattavalle jäi ohjauksesta mieleen ja mitä asioita jäi vielä epäselväksi. Ohjaus on onnistunut, kun potilas on saanut ja ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja kykenee selviytymään kotona. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28-29.) Onnistunut potilasohjaus vähentää myös potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. Tämä lisää hoitohenkilöstön resursseja hoitaa muita potilaita. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.)

## 4 LÄÄKEHOIDON OHJAUS OSANA POTILASOHJAUSTA

Lääkehoidon ohjaukseen ja lääkkeistä saatavaan tietoon liittyvä käsitteistö lähteissä on epäsystemaattista, mutta tässä työssä *lääkehoidon ohjaus* nähdään sekä sisällöllisenä että menetelmällisenä, sairaanhoitajan antamana tietona lääkkeistä ja niiden turvallisesta ja oikeanlaisesta käytöstä. *Lääkeinformaatio* ymmärretään usein kattamaan muiden terveydenhuollon ammattilaisten antamaa lääkehoidon ohjausta (esim. lääkärit ja farmaseutit) ja *lääketieto* taas koskee pelkästään ohjauksen sisältöä.

### 4.1 Tehokas ja turvallinen lääkehoito

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta. (STM 2006, 3.) Lääkkeet ovat yleisimmin käytetty hoitomuoto terveydenhuollossa ja reseptilääkkeet edustavat merkittävää osuutta terveydenhuollon kustannuksissa. Avohoidon reseptilääkkeiden osuus kokonaismyynnistä vuonna 2011 oli 71 %, itsehoitolääkkeiden osuus 11 % ja sairaaloihin myytyjen lääkkeiden osuus 18 % (Suomen lääketilasto 2011, 2012, 24). Vuonna 2010 lääkemenot kattoivat 13,9 % terveydenhuollon kokonaismenoista (THL 2012, 5). Huolimatta ongelmista, jotka liittyvät lääkkeiden käyttöön, niillä on hyvin hyödynnettynä positiivisia vaikutuksia terveyteen, yksilöihin ja ihmisiin. Koska lääkekokemus on jokaisella ihmisellä erilainen, sillä on vaikutusta potilaan lääkityskokemuksiin ja potilaiden lääkehoidon ongelmiin (Taulukko 2). (Shoemaker, Ramalho de Oliveira, Alves & Ekstrand 2011, 443.) Lääkehuollon tehtävänä on tukea lääkkeen käyttäjän vastuuta ja osallistumista lääkehoitoon. Itsehoidon onnistumista pyritään

tukemaan terveydenhuollon ammattilaisilta saatavalla neuvonnalla. (STM 2011a, 23.)

Taulukko 2. Lääkehoidon ongelmat (Mukaillen Shoemaker ym. 2010, 444).

<b>Lääkehoidon ongelmat</b>	
<b>Indikaatio</b>	Tarpeeton lääke Lisälääkkeen tarve
<b>Vaikuttavuus</b>	Vaikuttamaton lääke Liian pieni annostus
<b>Turvallisuus</b>	Haittavaikutukset Liian suuri annostus
<b>Noudattaminen</b>	Sitoutumattomuus, noudattamattomuus

Lääkehoidon mahdollisuudet ovat laajentuneet ja lääkkeiden käyttö on lisääntynyt esimerkiksi entistä tehokkaampien lääkkeiden, uusien lääkkeiden antotapojen, -reittien ja lääkemuotojen kehittämisen vuoksi. Samalla lääkkeiden ja lääkehoitojen haittoihin on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. (STM 2006, 11.)

Terveydenhuollon ammattilaisten, väestön ja lääkkeenkäyttäjien saatavilla oleva, luotettava ja näyttöön perustuva lääkeinformaatio on lääkkeiden rationaalisen käytön perusta. Väestö ja lääkkeiden käyttäjät saavat tietoa lääkkeistä eri lähteistä. Lääkeinformaatiota on internetissä tarjolla runsaasti, mutta tiedon laatu vaihtelee. Myöskään kaikki eivät käytä tietokoneita eivätkä muuta tietotekniikkaa lainkaan. Tavoitteena onkin muun muassa varmistaa terveydenhuollon ammattilaisten, väestön ja lääkkeiden käyttäjien luotettavan ja näyttöön perustuvan lääketiedon saanti, jolloin tiedot lääkevalmisteista ja niiden käytöstä paranevat. (STM 2011a, 24-26.)



## 4.2 Sairaanhoitajan lääkeosaaminen

Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli toteuttaessaan lääkehoitoa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja hoitokodeissa. Lääkkeiden valmistaminen ja antaminen on olennainen osa sairaanhoitajan roolia ja osaamista ja sairaanhoitajalla on vastuu lääkkeiden oikein antamisesta. Jokainen sairaanhoitaja on vastuussa osaamisestaan ja sen vuoksi vaaditaan tietoa lääkkeen vaikutuksista, sivuvaikutuksista ja oikeanlaisesta annostelusta jokaisen annetun lääkkeen kohdalla. Sairaanhoitajien osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen on olennaista lääkehoidon turvallisuudelle. (O'Shea 1999, 496, 497; Dilles, Stichele, Van Rompaey, Van Bortel & Elseviers 2010, 1072, 1078. )

Lääkehoidon käytännöissä esiintyy runsaasti vaihtelua, eikä lääkehoidon laadun kehittämiseen ja osaamisen varmistamiseen ole kiinnitetty toimintayksiköissä riittävästi huomiota. Terveystieteiden valvontaviranomaiset ovat havainneet terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan yhteydessä puutteita hoitohenkilöstön lääkehoitoon liittyvissä tiedoissa ja taidoissa. (STM, 2006, 29.)

Työelämän tarpeita vastaava terveydenhuollon ammattilaisten korkeatasoinen peruskoulutus ja suunnitelmallinen sekä systemaattinen täydennyskoulutus ylläpitävät terveydenhuollossa tarvittavaa osaamista. Turvallinen lääkehoito edellyttää selkeitä ja vakioituja toimintatapoja. Lääkehoidossa tapahtuvat vahingot ovat yksi suurimmista haittatapahtumien ja potilasvahinkojen aiheuttajista. Terveystieteiden ammattilaisten hyvä ammatillinen osaaminen on turvattava myös tulevaisuudessa. (STM 2011a, 15; Sairaanhoitajaliiton julkaisuja 2009.)

Kun sairaanhoitajan rooli lääkkeenannossa, lääkkeitä määrätessä ja potilasohjauksessa on lisääntynyt, farmakologisesta ohjauksesta hoitotyössä on tullut koko ajan tärkeämpi. Kingin (2004) tutkimuksessa haastateltiin kymmentä eri ensiavun sairaanhoitajaa Pohjois-Englannin eräässä kaupungissa. Haastattelussa kartoitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä omista farmakologisista tiedoistaan. Tulosten mukaan hoitajilla oli rajoittunut ymmärrys lääkehoidosta ja he olivat tyytymättömiä lääkehoidon opetukseen koulutuksessaan. He myös ajattelivat, että farmaseutti olisi parempi lääketiedon antaja. (King 2004, 397.)

#### 4.3 Lääkehoitoon sitoutuminen lääkehoidon ohjauksen tavoitteena

Potilaan lääkehoitoon sitoutuminen (adherence) on merkittävä haaste kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Ihmisten elinikä on maailmanlaajuisesti nousussa ja ikääntymisen myötä pitkäaikaissairauksien itsenäinen hoito kotona lisääntyy. Lääkkeiden tehokas käyttö on äärettömän tärkeää, jotta voitaisiin hillitä oireita ja ehkäistä komplikaatioita. Vahva näyttö osoittaa, että monilla kroonisista sairauksista kärsivillä potilailla on vaikeuksia sitoutua heille määrättyjen lääkkeiden ottamiseen, vain noin 50 %:a potilaista on arvioitu olevan hoitoonsa sitoutuneita. Tällä on vaikutuksia terveydentilaan ja ne johtavat tarpeettomiin terveydenhuollon kustannuksiin ja vakaviin seurauksiin potilaan terveydentilassa ja elämänlaadussa sekä potilasturvallisuudessa. Tämä voitaisiin välttää tehokkaalla ja vaikuttavalla lääkkeiden käytöllä. (Latter 2010, 62; STM 2006, 11; Schaffer & Yoon 2001,44; Nurit ym.2009, 2530.)

Riskit taudin uusiutumiseen ja vääränlaiseen lääkeannoksen ottoon lisääntyvät, jos potilas ei ole sitoutunut lääkehoitoonsa. Terveydenhuollon kustannukset ovat vähentyneet, kun lääke on otettu määrätyllä tavalla, mutta lisääntyneet, kun annostus on kasvanut potilaan ajatellessa, että ”enempi parempi”. Oikea annostus, ohjaus ja oireiden hoito ovat kaikki tärkeitä varmistettaessa sitoutumista lääkehoitoon. (Schneider, Hess & Gosselin 2011, 140.) Hoidolla ei ylipäättäen voida saavuttaa parasta mahdollista tulosta, ellei potilas ole siihen itse sitoutunut (Savikko & Pitkälä 2006, 4).

Yleisintä on lääkkeiden ottamatta jättäminen, lääkekuurin lopettaminen ennenaikaisesti, annosvälien pidentäminen tai ohjeiden osittainen noudattaminen. Varsinkin lääkekuurin lähetessä loppuaan hoitomyöntyvyys pyrkii heikkeneeseen (Pitkälä & Mäenpää 2011, 169). Lääkkeen ottamatta jättäminen voi olla tahallista tai se vain unohtuu. Luulot siitä, että sitoutumattomuus johtuisi potilaasta tai olisi potilaan vika, ovat joko tietämättömyyttä tai ajattelemattomuutta. Lääkkeidenottoon ja muistamiseen vaikuttavat esimerkiksi muutokset arkirutiin-

neissa, kuten lomat, lääkkeiden loppuminen tai haittavaikutusten pelko. Myös miehillä on enemmän ongelmia lääkkeiden oton muistamisessa kuin naisilla. Lääkkeitä voidaan myös ottaa liikaa. (Brown & Bussell 2010. 312; Savikko & Pitkälä 2006, 4; Tordoff, Bagge, Gray, Cambell & Norris 2010, 574; Martin ym. 2010, 706.)

Sitoutumisen rinnalla voidaan käyttää myös termiä concordance, jonka merkitys on enemmänkin sopimus tai yhteisymmärrys lääkkeiden käytöstä. Tähän liittyy avoin tiedonkulku, joka on kaksisuuntaista, potilasta kunnioittavaa ja hänen kuuntelemistaan oman terveytensä ja sairautensa asiantuntijana (Pitkälä & Mäenpää 2011, 167). Jotta voidaan saavuttaa yhteisymmärrys lääkkeiden käytöstä, tulee lääkärin ja potilaan välillä olla sama käsitys sairaudesta, sen hoidosta ja lääkkeiden otosta. Tällöin voidaan puhua yhteisymmärryksestä, joka sitouttaa hoitoon. (Rossi 2000, 105.)

Monet interventiot potilaiden lääkehoitoon sitoutumisen parantamisessa ovat olleet menestyksettömiä ja teoreettinen perusta on puuttunut. Uudistuksia teoriaan ja käytäntöön tarvittaisiin kipeästi. (van Dulmen ym. 2007, 1.) Ennenaikainen lääkekuurin lopettaminen, lääkkeen ottamatta jättäminen tai lääkkeenottoajan muuttaminen ovat annettujen lääkehoito-ohjeiden laiminlyöntiä. Lääkkeitä saatetaan käyttää myös enemmän (Savikko & Pitkälä 2006, 4) tai vähemmän, kuin on määrätty (National Council on Patient Information and Education 2007, 7). Huono sitoutuminen ei ole pelkästään potilaan omien lääkehoito-ohjeiden laiminlyömistä. Käyttäytymiseen sekä sosiaalisiin, taloudellisiin, lääketieteellisiin ja erilaisiin käytänteisiin liittyviin tekijöihin on kiinnitettävä huomiota, sillä ne myötävaikuttavat sitoutumisen ongelmaan. (National Council on Patient Information and Education 2007, 13.)

Lääkehuollon tehtävänä on tukea lääkkeenkäyttäjän vastuuta ja osallistumista lääkehoitoon. Lääkehoidot eivät aina toteudu ohjeiden mukaisesti. Tavoitteena on onnistunut lääkehoidon toteuttaminen, johon potilas sitoutuu. Näiden tavoitteiden saavuttamista voidaan edistää muun muassa potilaskohtaisen lääkehoidosuunnitelman tekemisellä, lääkehoidon kokonaisarviointilla, lääkekorttien tai

annosjakelun avulla. (STM 2011a, 23-24.) Moniammatillisessa yhteistyössä toteutetulla lääkehoidon ohjauksella on tärkeä merkitys sitoutumisen edistämisessä. Tämä edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuksien hallintaa. (STM 2011a.)

Banningin (2008) kirjallisuuskatsaus iäkkäiden (yli 65 vuotta) potilaiden sitoutumisesta lääkehoitoon käsitti 30 tutkimusta. Näistä tutkimuksista esiin nousi mm. seuraavanlaisia asioita, jotka vaikuttivat lääkehoitoon sitoutumiseen: Potilaat kaipasivat tietoa kipulääkkeistä, ohjausta lääkehoidosta, lääkeannoksien ja annosvälien yksinkertaistamista unohtamisien välttämiseksi, puuttumista tekijöihin, joilla voitaisiin vähentää haittavaikutuksia, sekä valmistautumista hyväksymään ei-tervetulleita vaikutuksia lääkkeistä. (Banning 2008, 1552-1557.)

Myös van Dulmen ym. (2007) systemaattinen kirjallisuuskatsaus antaa samantaisia tuloksia kuin Banning (2008). Tutkimuksesta esiin nousi kolme tärkeää lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavaa asiaa: teknisten ratkaisujen osuus eli lääkeannosten yksinkertaistaminen ja pakkaus, erilaisten muistuttajien lisääminen niille, joilla on ongelmia muistaa lääkkeenottoajat, ja kolmanneksi biolääketieteen, käyttäytymistieteen ja ohjauksen suhde lääkehoitoon sitoutumisessa. (van Dulmen ym. 2007, 11.)

Haynesin ym. (2008) mukaan lyhytaikaiseen lääkehoitoon sitoutumisessa hoitoon auttaa parhaiten neuvonta, kirjallinen informaatio sekä henkilökohtaiset puhelinsoitot. Neljä kymmenestä tutkimuksen interventioista osoitti vaikuttavan sekä sitoutumiseen että hoitotulokseen. Pitkäaikaisessa lääkehoidossa parhaaseen tulokseen päästiin erilaisten interventioiden yhdistelmillä, mm. potilaan tarpeita vastaava hoito, ohjaus, informointi ja tuki, erilaiset muistuttajat, lääkekuurin annostuksen yksinkertaistaminen vähentämällä päivittäisiä ottokertoja, puhelinseuranta ja muut erilaiset seurantamuodot, kuten kommunikointi sähköpostin avulla, omatarkkailu ja perheterapia. Mikään yksittäinen interventio ei parantanut hoitoon sitoutumista ja vain 36 interventiota 81:stä oli jossain määrin yhteydessä sitoutumisen paranemiseen. (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao 2008, 16, 19.)

#### 4.4 Lääkehoidon ohjauksen sisältö

Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulokset viittaavat siihen, etteivät sairaanhoitajat ole aina kokeneet lääkehoidon ohjausta omaksi tehtäväkseen. He kokevat lääkehoidon ohjauksen myös hyvin haastavana tehtävänä sen edellyttämän vankan farmakologisen tietoperustan takia. (Mm. Latter, Rycroft-Malone, Yerrel & Shaw 2000, 1286; King 2004, 392.) Nurit ym. (2009, 2535) korostavat tutkimustulosta, että sairaanhoitajan roolia potilaan lääkeohjaukseen antajana tulee parantaa. Ajan puute, työn kuormittavuus ja se tosiasia, että potilasohjaus ei ollut heidän ykkösprioriteettinsa monimuotoisessa työnkuvassaan ja vaativissa olosuhteissa vaikutti ohjauksen vähäisyyteen. Yhteenvetona tekijät uskoivat, että hoitajien osallistuminen potilaiden lääkeohjaukseen ei ole sen haasteellisempaa kuin edistää potilaan osallistumista omaan lääkkeiden ottoonsa.

Jotta potilaat voisivat tehdä itse päätöksiä heille määrättyjen lääkkeiden turvallisuudesta ja oikeanlaisesta käytöstä, heillä tulisi olla vähintään perustiedot ja ymmärrys lääkkeistään sekä niiden riskeistä, hyödyistä ja käytöstä (Shrank & Avorn, 2007, 731).

Rycroft-Malonen ym. (2000, 35, 37) tekemässä tutkimuksessa kuvataan sairaanhoitajan osuutta lääkehoidon ohjauksessa. Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajan osuus lääkehoidon ohjauksessa on yleisesti rajoittunut yksinkertaisen tiedon antamiseen lääkkeistä sisältäen lääkkeen nimen, tarkoituksen, värin, tablettien määrän sekä annostuksen ja annosvälin. Eräässä havainnoinnissa, joka kohdistui kotiutusvaiheen ohjaukseen, käytiin läpi vain lääkkeet, jotka kotona piti ottaa.

Suomalaisessa tutkimuksessa haastateltiin potilaita, jotka olivat saaneet ohjausta apteekin farmaseutilta. Tulosten mukaan potilaiden tyytyväisyys lisääntyi ohjauksen jälkeen (97 %) ja 31 % vastaajista ilmoitti, että heidän lääkkeisiinsä liittyvä käyttäytymisensä parani ohjauksen myötä. Tulokset osoittivat myös sen, että potilaat haluavat erilaista tietoa iästä riippuen. Nuoret halusivat usein tietoa akuuteista ja pienistä sairauksista, vanhemmat usein tietoa kroonisista sairauksista ja sydän- ja verisuonisairauksista. (Kansanaho, Isonen-Sjölund, Pietilä,

Airaksinen & Isonen 2002, 79,80, 81.) Lääkehoidon ohjaus lisäsi tiedonsaannin tyytyväisyyttä myös Nurit:n ym. (2009, 2530) ja Kääriäisen & Kynkään (2005, 213) tutkimuksissa.

Tutkimusten mukaan potilaat haluavat tietoa lääkehoidostaan (mm. Heikkinen ym. 2006, 127) sekä tietoa lääkkeiden haittavaikutuksista (Nurit ym. 2009, 2530; Kansanaho ym. 2002, 81; Raynor ym. 2007, 15; Carpenter 2010) ja haittavaikutusten vähentämisestä (Raynor ym. 2007, 15), interaktioista (Kansanaho ym. 2002, 81; Raynor ym. 2007, 15), pakkauksen käyttöön ja lääkkeen säilytykseen liittyvistä asioista (Kansanaho ym. 2002, 81), mahdollisista elintapamuutoksista joita heidän saamansa lääkitys edellytti, sekä lääkkeisiin ja ruokailuun liittyvistä suosituksista (Nurit ym. 2009, 2530), lääkkeen nimestä ja käyttötarkoituksesta (Spiers, Kutzik & Lamar 2004, 376) sekä lääkkeiden hyödyistä (Raynor ym. 2007, 15) ja lääkekuurin kestoajasta (Carpenter 2010). Myös tietoa, kuinka tulee toimia, jos lääke on unohtunut ottaa, kaivattiin (Spiers ym. 2004, 376). Alkoholien käytöstä lääkkeiden kanssa haluttiin tietoa (Raynor ym. 2007, 15). Kuluttajat haluavat myös hoitohenkilökunnan suosittellevalle heille luotettavia internet-sivustoja. Suurin osa kuluttajista haluaa opetusta myös tiedon laadun arvioimiseen. (Coleman 2003, 163.)

Lääkehoidon ohjaukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaan kotiutustilanteessa, jolloin haittatapahtumien riski kasvaa mahdollisten sairaalassa tehtyjen lääkemuutosten vuoksi. Potilaiden ohjaukseen lääkehoidon toteuttamiseksi ei aina ole riittävästi aikaa, eikä seuranta tai kontrollikäyntejä välttämättä ole. Kotiutumisen yhteydessä haittatapahtumat voivat olla tupla-annostuksia tai jonkin lääkkeen määräämättä jättäminen, jolloin seurauksena voi olla potilaan tilan huononeminen ja uusiutuva hoidon tarve sairaalassa. Arviolta 12-17 % potilaista kokee lääkehoidon haittavaikutuksia kotiutumisen jälkeen ja näistä noin puolet voitaisiin ehkäistä. Viisi prosenttia potilaista otetaan takaisin osastohoitoon. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 81.)

Schnipperin ym. (2006, 565) tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää, joista toinen kotiutui tavalliseen tapaan ja toiselle ryhmälle sairaalan farmaseutti tarkisti

lääkityksen sairaalaan tullessa sekä kotiutuksen yhteydessä. Lisäksi hän vielä soitti potilaille kahden päivän päästä kotiutumisesta. Jälkimmäisellä ryhmällä havaittiin vähemmän lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia. Lääkityksen tarkistaminen, kotiuttamisen yhteydessä annettu ohjaus sekä yhteydenotto potilaan kotiin osoittautuivat merkityksellisiksi. Kotiutumisen jälkeen ongelmana olivat potilaiden erilaiset käsitykset lääkityksen ohjeista lääkärin ohjeisiin verrattuna, mihin olivat syynä lähinnä kirjaamiseen ja kommunikointiin liittyvät ongelmat, eivät niinkään potilasohjaus tai sen puute.

Myös itsehoitovalmisteiden käyttöön on syytä kiinnittää huomiota potilaita ohjattaessa. Ne voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia muiden reseptittä saatavilla olevien itsehoito- ja reseptilääkkeiden kanssa. Potilas ei välttämättä tunnista lääkkeen vaikuttavaa ainetta, jolloin lääkettä voidaan ottaa vahingossa yliannos ja haittavaikutusten riski lisääntyy. Näin voi käydä varsinkin silloin, jos potilaalla on käytössään eri kauppanimillä myytäviä, samaa vaikuttavaa ainetta sisältäviä valmisteita. Varsinkin tulehduskipulääkkeet voivat heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa, heikentävät veren hyytymistä ja voivat vaurioittaa maha-suolikanavan limakalvoja. Myös vatsavaivojen itsehoidossa on otettava huomioon muut lääkkeet. (Kalliokoski 2012.)

#### 4.5 Lääkehoidon ohjausmenetelmät ja potilaslähtöisyys

Lääkehoidon ohjaus on hoidon laadun ja potilasturvallisuuden ratkaiseva osatekijä. Lääkehoidon ohjaus on muuttuva ja monimutkainen tapahtuma, jossa tulee ottaa huomioon, kuka milloinkin puhuu, mitä sanotaan, mistä lääkehoidon näkökulmasta asiaa katsotaan, sekä kehonkieli ja sanat. Jos hoidon suunnitteluvaiheessa yksilöiden välit ovat avoimet ja yhteistyökykyiset, syntyy avoin vuorovaikutustilanne. Hyvällä vuorovaikutussuhteella potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä on positiivisia vaikutuksia potilaan lääkkeiden käyttöön. Sitoutuminen hoitoon paranee, kun potilas saa tietoa muun muassa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä sekä haittavaikutuksista. (Manias 2010, 933, 934.) Potilaat

eivät todellisuudessa aina saa riittävää potilasohjausta lääkehoidosta (Hegney, Plank, Watson, Raith, & McKeon 2005, 861).

Tordoff ym. (2010) tutkivat iäkkäiden ( $\geq 75$  vuotta) lääkkeenottokäytäntöjä. Lukemiseen tai ymmärtämiseen liittyvät ongelmat olivat yleisimpiä ja kirjallisten ohjeiden ymmärtäminen oli ongelmana 12 %:lla. 17 % tutkimukseen osallistuneista halusi lisää tietoa lääkkeistään. Jotkut potilaat olivat sekaisin lääkityksistään sairaalajaksojen jälkeen. Tutkimustulokset osoittivat, että merkintöjä, opaslehtisiä ja ohjausta tulee kehittää. (Tordoff 2010, 574.)

Potilaan huolenaiheet lääkkeistä ja niiden vaikutuksista vaikuttavat siihen, miten potilaat ottavat lääkkeensä. Se, että potilas kieltäytyy ottamasta lääkkeensä, täytyy myös hyväksyä, vaikkei olisikaan asiasta samaa mieltä. Niin kauan, kun potilaalla on kyky tehdä päätöksiä annetun informaation perusteella, hänellä on oikeus päätöksiinsä. Terveystieteiden ammattilaisten tulee mukauttaa ohjaustaitonsa yksilöiden tarpeisiin sopiviksi niin, että jokaisella potilaalla on mahdollisuus olla osallisena lääkitystään koskevassa päätöksenteossa sen mukaan, kuin hän toivoo. (NICE 2009, 13.) Potilaan oikeuksiin kuuluu kieltäytyminen lääkärin suosittelemasta lääkehoidosta ja saada tarpeitaan vastaavaa hoitoa lääketieteellisesti perustellulla, vaihtoehtoisella tavalla (STM 2006, 41).

Klaukan & Idänpää-Heikkilän (2003) kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa tutkimuksessa ilmeni, että yritykset saada potilas noudattamaan saamiaan hoito-ohjeita ovat koostuneet useimmiten toisiaan tukevista menetelmistä. Pääasiassa on käytetty tiedotusta ja koulutusta sekä jaettu kirjallista tai videoaineistoa lisäämään potilaan tietämystä sairaudestaan tai lääkityksestään. Vain yhdessä, alle kolme viikkoa kestävässä interventiossa, saatiin aikaan tilastollisesti merkitsevä paraneminen sekä hoidossa pysymisessä että hoitotuloksessa, kun koe-ryhmälle selvitettiin perusteellisesti lääkehoidon välttämättömyys suullisesti ja kirjallisesti. Potilaita on myös seurattu tavallista tarkemmin ja yhteydenpitoa hoitohenkilöstöön on helpotettu. Nämä menetelmät vaativat tavanomaiseen verrattuna enemmän rahaa ja hoitohenkilökunnan aikaa. (Klaukka & Idänpää-Heikkilä 2003, 411, 412.)



Lääkehoidon onnistumisen kannalta tärkeää on myös se, että potilas itse tuntee oman lääkityksensä, jolloin myös hoitoon sitoutuminen on todennäköisempää. Terveystieteiden ammattilaisten on annettava selkeät kirjalliset ja suulliset ohjeet potilaan lääkähoidosta kotiutustilanteessa. Potilaalle kohdennetulla ohjausmateriaalilla, kuten kirjallisella lääketiedolla, voidaan tukea potilaan saamaa lääkähoidon ohjausta. (Kinnunen 2010, 46; STM 2011a, 3.)

Salanterän ym. (2005, 226) tutkimuksessa, jossa arvioitiin erään yliopistosairaalan intranetissä olevaa kirjallista ohjausmateriaalia, todettiin, että lääkehoitoon liittyvissä ohjeissa teksti oli vaikeasti ymmärrettävää. Tähän tulisi kiinnittää huomiota, jotta potilaat ymmärtäisivät lääkähoidon merkityksen eivätkä esimerkiksi keskeyttäisi lääkekuuriaan tai muuttaisi annosteluohjettaan. Vaikka eräässä brittitutkimuksessa tutkijat korostavat kirjallisen lääketiedon merkitystä, terveydenhuollon ammattilaisten välittämä suullinen informaatio katsotaan ensisijaiseksi (Raynor ym. 2007, 31-32).

## **5 TARKISTUSLISTAN KÄYTÖN MERKITYS POTILASTURVALLISUUDEN JA LÄÄKEHOIDON OHJAUKSEN PARANTAMISESSA**

Tarkistuslistan tavoitteena on virheiden määrän vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja laadun parantaminen. Lista muun muassa helpottaa työtä, koska työntekijän ei enää tarvitse luottaa vain muistiinsa. Tarkistuslistoja kehitettäessä havaitaan usein, että monia vaiheita toteutetaan käytännössä, mutta niiden käyttö ei ole systemaattista. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 208-209.)

Lentoliikenteessä on vuosikautia käytetty tarkistuslistoja lentoturvallisuuden parantamiseksi. Vastaavaa käytäntöä alkoi soveltaa myös WHO:n potilasturvallisuusliitto (World Alliance for Patients Safety, WAPS), joka käynnisti vuonna 2007 maailmanlaajuisen ohjelman leikkaustoimenpiteisiin liittyen haittojen vähentämiseksi. Keskipisteenä oli neljä eri kirurgian osa-aluetta: leikkausinfektioiden vähentäminen, turvallinen anestesia, tiimityö leikkaussalissa sekä kirurgian tulosten seuranta. Kirjallisuuteen ja kliinikkojen asiantuntijuuteen perustuen syntyi Safe Surgery Saves Lives –ohjeistus, jonka keskeisin työkalu on leikkaustieteen tarkistuslista (WHO Surgical Safety Checklist). Se on yhdelle sivulle mahtuva 19 -kohtainen tarkistuslista. Lista on tarvittaessa muunneltavissa yksiköiden omaan käyttöön soveltuvaksi. Niissä sairaaloissa, joissa tarkistuslista on otettu käyttöön, toimenpidekomplikaatiot ja kuolemat ovat vähentyneet huomattavasti. Maailmanlaajuisesti tehdään noin 234 milj. toimenpidettä joka vuosi. WHO:n mukaan vähintään puolet miljoonasta kuolemasta voidaan välttää tarkistuslistan käyttöönotolla. (WHO 2009a.) Tarkistuslista ohjeineen on käännetty suomeksi ja aineisto on kaikkien sairaanhoitopiirien saatavilla sosiaali- ja terveysministeriön internetsivuilla <http://www.stm.fi>.

Potilasturvallisuuden parantamiseksi on terveydenhuollossa otettu käyttöön erilaisia tarkistuslistoja. Britannian National Patient Safety Agency (kansallinen

potilasturvallisuusvirasto) on julkaisut Seven Steps to patient safety (seitsemän askelta potilasturvallisuuteen) -oppaan, jossa kuvataan toimia, joiden avulla terveydenhuollon turvallisuutta voidaan parantaa hoitavan organisaation näkökulmasta. Oppaan askeleita noudattamalla voidaan varmistaa, että potilaalle annettava hoito on mahdollisimman turvallista ja asioiden mennessä vikaan osataan toimia oikein. Hollannissa tarkistuslista-ajattelu on viety pidemmälle. Surgical Patient Safety System (SURPASS) on tarkistuslista, joka kulkee potilaan mukana koko kirurgisen hoitopolun ajan. Listaa käyttävät hoitolinjassa toimivat ammattilaiset. SURPASS-tarkistuslista on ensimmäinen validoitu potilasturvallisuustarkistuslista, joka kattaa koko kirurgisen hoitopolun. (National Patient Safety Agency 2004, 2; de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester 2009, 121.)

Suomessa leikkaussalin tarkistuslistan (Checklist) käyttöä on tutkittu muun muassa Ikosen ja Pauniahon (2010) toimesta. Ennen ja jälkeen tarkistuslistan käyttöönottoa tehtiin kyselytutkimus tarkistuslistan teemoista, joita ovat alkutarkistukseen liittyvät asiat, kuten potilaan henkilöllisyys, leikkausalue (puoli), anestesialvalmistelut, ilmatien ja allergioiden huomioon ottaminen. Ennen viiltoa koskevat teemat käsittävät mahdolliset kriittiset tekijät, joita voivat olla rutiineista poikkeaminen, vuodon ja keston arviointi, steriiliteetin tarkistus sekä välineistöön ja lääkeaineisiin liittyvät asiat. Kolmantena teemana on lopputarkistus, joka tehdään ennen potilaan siirtämistä heräämöhön. Tässä käsitellään potilaan toimenpidenimet ja diagnoosi, välineiden täsmäminen, jatkohoidon riskien arviointi ja suunnitelmat. Tulokset osoittavat, että tarkistuslistan käyttö vaikutti myönteisesti huolellisuuteen ja tiedonkulkuun. Koko tiimin tietoisuus allergioista, perussairauksista ja lääkkeistä lisääntyi. Myös postoperatiivisten määräysten kirjaaminen tehostui. (Ikonen & Pauniahon 2010, 109-110.)

Töölön sairaalan vuodeosastolla leikkausta odottavan potilaan hoito on tehostunut ja yhtenäistynyt hoitajien aloitteesta laaditun tarkistuslistan ansiosta. Tarkistuslistan käyttö on parantanut potilasturvallisuutta, potilaiden yleiskunto on parantunut ja komplikaatioiden riski pienentynyt. Lista tuo käytännön hyödyn lisäksi myös juridista turvaa. (Miettinen 2012, 10,11.)

Tarkistuslistaa on hyödynnetty leikkaustoimenpiteiden turvallisuuden parantamisen lisäksi myös tehohoitoa vaativien potilaiden hoitoyksiköissä, joissa tarkistuslistan hyöty näkyy paitsi parantuneena potilasturvallisuutena, myös tiimityöskentelyn parantumisena, kommunikaation vahvistumisena ja uuden henkilökunnan perehdytyksen ja oppimisen helpottumisena. (Simpson, Peterson & O'Brien-Ladner 2007, 183; Ikonen ym. 2009, 517; Pesonen 2011, 18.) Myös lääkäreiden hoitoa koskevaan päätöksentekoon, suunnitteluun ja raportointiin on kehitetty tarkistuslistoja (mm. Cook ym. 2010, 29). Kliinisissä lääketutkimuksissa tarkistuslistaa on käytetty potilailla, jolloin he ovat saaneet arvioida muun muassa lääkkeiden haittavaikutuksia tarkistuslistan avulla. (Bent, Padula & Avins 2006, 257.) Myös sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskustelun ja tiimityöskentelyn parantamiseksi sairaalan lääkärinkierroille on kehitetty tarkistuslista, jonka tarkoituksena on parantaa paitsi kommunikaatiota näiden kahden ammattiryhmän välillä myös potilaiden saamaa hoitoa ja informaatiota. (Desai, Caldwell & Herning 2011, 32.) 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimiin suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi kehitetty SBAR (ISBAR) –menetelmä on jalkautunut ilmailun kautta myös suomalaiseen terveydenhuoltoon. Strukturoitu kommunikaatiomenetelmä mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten välillä esimerkiksi potilaasta raportoitaessa. Sen avulla voidaan vähentää vaaratapahtumia. (Kupari ym. 2012, 29.) Näiden lisäksi terveydenhuollossa tarkistuslistoja on käytetty muistina tukena, menetelmien yhdenmukaistamisessa, arvioinnin työkaluna, päätöksenteossa ja diagnosoinnissa (Helovuori ym. 2011, 209).

Menetelmänä tarkistuslista on yksinkertainen, helppokäyttöinen ja halpa. Jotta sen käyttö olisi mahdollisimman tehokasta ja jatkuvaa, siihen tulisi sitouttaa kaikki sen käyttäjät. Tarkistuslistan käytön oppiminen vaatii jonkin verran harjoittelua. Uusien työtapojen ja –menetelmien opettelu vie henkilökunnalta aikaa ja voi aiheuttaa voimakastakin vastustusta. Jotkut voivat pitää tarkistuslistaa rasituksena tai ajanhukkana. Haasteena onkin vanhasta poisoppiminen tai vanhoihin toimintatapoihin palaaminen. Uuden menetelmän käyttöä tulee valvoa ja seurata sen vaikutuksia. (Kupari ym. 2012, 30; STM 2011b, 6.)

Sisäänajovaiheessa työyhteisön toimintatavat ja sen erityispiirteet on hyvä huomioida. Tavoitteena ei ole ulkoluku eikä työn vaikeuttaminen. Jotkut henkilöt tarvitsevat enemmän aikaa tottua ajatukseen tarkistuslistan käytöstä kuin muut. Tarkistuslistalla on kaksi tavoitetta: sillä pyritään varmistamaan potilasturvallisuuden pysyvyys ja luomaan tai säilyttämään kulttuuri, joka arvostaa turvallisuuden saavuttamista. Tarkistuslistan avulla tähdätään pysyviin ajatus- ja toimintamallimuutoksiin, eikä se tapahdu hetkessä. Tarkistuslistaa on käytetty onnistuneesti monissa erilaisissa terveydenhuollon ympäristöissä, sellaisissakin, joissa on puutteita voimavaroista. Kokemus osoittaa, että koulutuksen, harjoituksen ja johtajuuden avulla käyttöönoton esteet voidaan voittaa. Usein on hyödyksi, että käyttöönoton yhteyteen järjestetään muutakin koulutusta, joka auttaa tunnistamaan turvallisuusasenteita ja motivoimaan oman toiminnan tiedostamiseen potilasturvallisuuden näkökulmasta. Oikean suunnittelun ja sitoutumisen avulla tarkistuslistan kohdat voidaan helposti toteuttaa ja saada aikaan merkittävä muutos turvalliseen suuntaan. (STM 2011b, 6; Ikonen & Pauniahho 2010, 109-110.) Hoitajien kannalta tällaisten uusien työkalujen tulisi olla mahdollisimman helppokäyttöisiä ja niiden käyttökokemukset tulisi olla hyödyllisiä, jotta käyttöön olisi helppo motivoitua.

Lääkehoidon ohjaukseen liittyen tarkistuslistan käytöstä ei ole julkaistua tietoa Suomesta eikä kansainvälisesti. Potilasturvallisuusnäkökulmasta katsottuna tarkistuslistan käyttö lääkehoidon ohjauksessa tulee varmasti parantamaan potilaiden asemaa lääkkeiden käyttäjänä ja sen tuoma juridinen turva parantaa myös sairaanhoitajan asemaa lääkehoidon ohjaajana. Koska ohjauksen merkitys lääkehoitoon sitoutumisessa on tutkimusten mukaan rooliltaan suuri, tarkistuslista on tästä näkökulmasta katsottuna työkaluna merkityksellinen. Sen merkitystä ei vähennä myöskään perehdytysoppaana uusille työntekijöille toimiminen.

## 6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

### 6.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

**Tämän projektin tarkoituksena** oli kehittää potilaiden saamaa lääkehoidon ohjausta niin, että heidän tietämyksensä lääkkeistään ja tietonsa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä lisääntyy. Hyvällä lääkehoidon ohjauksella, jossa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä on vuorovaikutuksellinen, avoin suhde, saavutetaan positiivisia vaikutuksia potilaan lääkkeenkäytön suhteen. Sitoutuminen hoitoon paranee, kun potilas saa tietoa muun muassa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä ja lääkkeiden haittavaikutuksista (Manias 2010, 933; STM 2011a, 23-24).

**Tämän projektin tavoitteena** oli kehittää lääkehoidon ohjausta laatimalla tarkistuslista sairaanhoitajan työkaluksi potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjaukseen. Pitkántähtäimen kehittämistavoitteet uuden ohjausmallin kehittämiseksi ja tarkistuslistan käyttöönotolle voidaan kuvata seuraavasti:

#### Potilaiden näkökulmasta

- Potilasturvallisuuden ja potilaiden saaman palvelun laadun parantuminen
- Potilaiden rationaalisen lääkehoidon lisääntyminen; sitoutuminen ja tietoisuus lääkityksistä kasvavat, jolloin omahoito lisääntyy ja hoitoon takaisin joutuminen vähenee

#### Henkilökunnan näkökulmasta

- Tarkistuslistan käyttöönotto tukee henkilökunnan jaksamista ja resursseja sen toimiessa myös perehdytysoppaana uusille työntekijöille
- Sairaanhoitajan lääketieto ja lääkehoito-osaamisen ja potilasohjausmenetelmien kehittyminen
- Moniammatillisen tiimityöskentelyn ja vuorovaikutuksen lisääntyminen

#### Organisaation näkökulmasta

- Edistää potilasturvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden toteutumista

- Kehittää palvelujen laatua ja asiakaskeskeisyyttä tarjoamalla luotettavaa lääketietoa

#### Yhteiskunnan näkökulmasta

- Potilasturvallisuutta edistävien käytäntöjen tukeminen
- Terveystieteiden kustannusten säästyminen

(Mukaillen: Sulosaari 2011.)

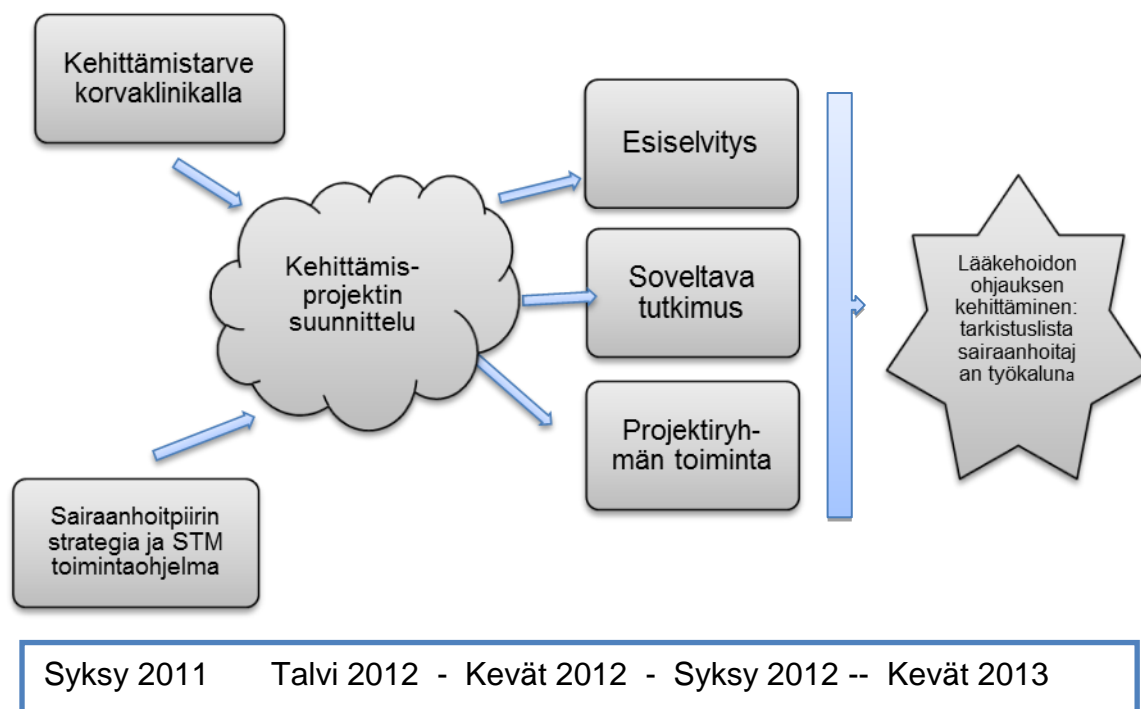
### 6.2 Kehittämiprojektin eteneminen

Projekti on väline asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Projektin tavoitteena on aina tuottaa jotain lisäarvoa toiminnalle. (Ruuska 2006, 9.) Kehittämiprojektit ovat toimintamuotoja, joiden avulla pyritään tarkastelemaan nykyisiä toimintoja kehittämään uusia. Hoitotyötä voidaan edistää käytännön tarpeista syntyvillä kehittämisprojekteilla, joissa muokataan organisaation rakenteita, toimintatapoja ja resursseja. (Eriksson ym. 2007, 102.)

Kehittämisprojekti eteni suunnitelma- ja toteutusvaiheiden kautta raportointivaiheeseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 65). Kehittämisprojektin ideointi alkoi syksyllä 2011, jolloin alustavat kartoitukset projektiin mukaan lähtevistä yksiköistä tehtiin. Ideaa työstettiin eteenpäin ja käynnistymisvaiheessa olevasta kehittämisprojektista tehtiin toteutussuunnitelma yhteistyössä klinikan klinisen hoitotyön asiantuntijan, MONI- lääke –projektin projektipäällikön ja opettajatutorin kanssa.

Loppupalvesta 2012 aloitettiin projektiorganisaation kokoaminen. Projektiorganisaatioon kuuluivat projektipäällikkö, ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmään osallistuivat korvaklinikan ylihoitaja ja vuodeosaston vastuulääkäri, vuodeosaston ja PÄIKI-yksikön osastonhoitajat, klinikan klinisen hoitotyön asiantuntija, MONI- lääke –projektin projektipäällikkö sekä opettajatutor.

Kehittämiprojektin suunnittelu (Kuvio 6) jatkui talvella 2012 projektipäällikön toteuttamalla esiselvitysvaiheella. Esiselvitysraportti sisälsi muun muassa laajan kirjallisuuskatsauksen potilaiden lääkehoidon ohjaustarpeista ja ohjausmenetelmistä. Sen yhtenä keskeisenä tarkoituksena oli kartoittaa niitä asioita, joita potilaat tutkimusten mukaan halusivat tietää lääkkeistään ja lääkehoidostaan. Kehittämiprojektista tiedotettiin osaston ja PÄIKI:n hoitohenkilökuntaa.



Kuvio 6. Kehittämiprojektin suunnitelma.

Keväällä 2012 kehittämisprojekti eteni projekti- ja tutkimussuunnitelman laatimisella, jonka ohjausryhmä hyväksyi huhtikuussa 2012. Myös projektiryhmän koaminen tapahtui keväällä. Projektiryhmä laati touko-kesäkuun aikana 2012 teorian pohjalta tarkistuslistan (Liite 1) sisältöineen, jonka ohjausryhmä hyväksyi syksyllä 2012. Tarkistuslistan yhteyteen laadittiin myös selvitysopas (Liite 2), jossa tarkistuslistan jokainen kohta oli erikseen aukikirjoitettuna. Tämän tarkoituksena oli selventää käyttäjälle, mitä milläkin tarkistuslistan kohdalla tarkoitettiin. Projektipäällikkö sai tutkimusluvan tarkistuslistan pilotointia varten klinikan



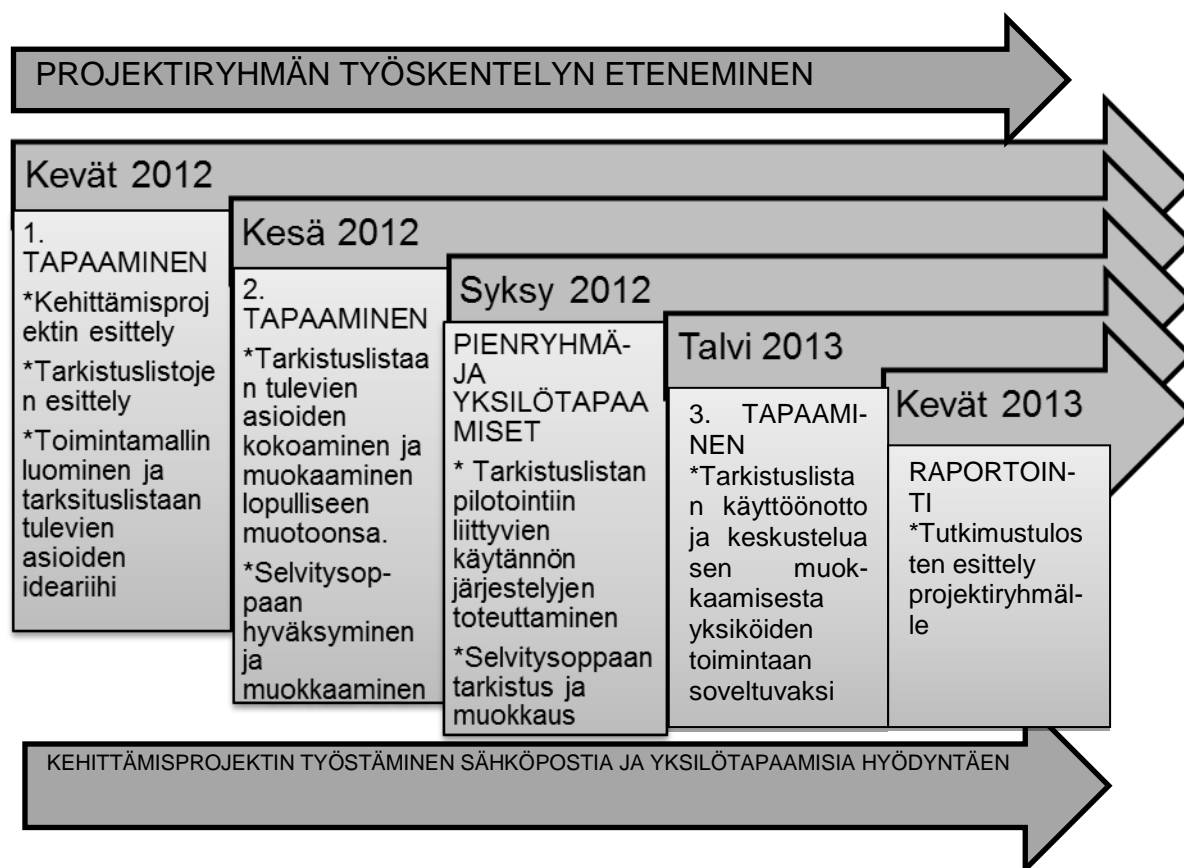
ylihoitajalta ja puollon Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä syyskuussa 2012.

### 6.3 Projektiryhmän toiminta -tarkistuslistan laatiminen

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää lääkehoidon ohjausta laatimalla tarkistuslista sairaanhoitajan työkaluksi potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjaukseen. Tarkistuslistan ajatuksena oli ohjauksen systematisoituminen ja tasapuolisen ohjauksen sisällöllinen ja menetelmällinen toteuttaminen riippumatta ohjauksen antajasta.

Projektiryhmään osallistumisen lähtökohtana oli vapaaehtoisuus sekä kiinnostus lääkehoidon ohjauksen kehittämiseen. Projektiryhmän muodostivat vuodeosaston kolme sairaanhoitajaa, joista kaksi toimi LOVE (Lääkeoppiminen verkossa) -vastaavina ja kolmas osaston lääkevastuuhenkilönä, osastofarmaseutti, klinikan kliininen asiantuntija ja PÄIKI:stä kaksi sairaanhoitajaa. Projektin alkuvaiheessa toinen PÄIKI-yksikön sairaanhoitajista joutui jäämään pois projektiryhmän toiminnasta henkilökohtaisista syistä.

Projektiryhmä kokoontui kokonaisuudessaan yhteensä kolme kertaa (Kuvio 7). Projektipäällikkö suunnitteli projektiryhmän tapaamiset etukäteen. Tapaamisten lisäksi projektiryhmäläiset kävivät projektipäällikön kanssa keskustelua kehittämisprojektista sähköpostia ja yksilötapaamisia hyödyntäen yhteisen näkemyksen löytämiseksi koko projektin ajan. Yhteistä näkemystä tarvitaan, jotta suunnitelmat toteutuvat halutulla tavalla ja jotta yhteiseen tavoitteeseen päästään (Valpola 2004, 30).



Kuvio 7. Projektiryhmän toiminta.

Projektiryhmän ensimmäinen tapaaminen oli toukokuussa 2012. Tapaamisessa tutustuttiin kehittämisprojektiin ja projektiryhmäläisten osuuteen sen toteuttamisessa ja eteenpäin viemisessä. Projektiryhmän jäsenet saivat tarkasteltavakseen erilaisia tarkistuslistoja, jolla asiaa pyrittiin tuomaan konkreettiseen muotoon.

Lääkehoidon ohjauksen kehittämiseksi laadittavaa tarkistuslistaa alettiin työstää projektipäällikön laatiman, kirjallisuudesta ja tutkimuksista kerätyn tiedon pohjalta. Tarkoituksena oli, että listaa tulisi käyttää potilaiden kotiutumisen yhteydessä ja että listan mukaan käytäisiin läpi ne lääkkeet, jotka oli aloitettu hoidon aikana ja jatkuivat kotona. Lääkehoidon ohjauksen osa-alueista keskusteltiin ja mietittiin järkeviä ratkaisuja tarkistuslistan sisällöstä ja sen käytön toteuttamisesta. Sisällöllisten seikkojen lisäksi päätettiin ottaa mukaan ohjauksen toteutukseen liittyviä menetelmällisiä asioita, koska ohjaustapa ratkaisee ohjauksen onnistumisen. (Kääriäinen 2007, 122,134; Kyngäs ym. 2007, 73.) Laa-

dukkaalla ohjauksella voidaan myös lisätä ihmisen sisäisen hallinnan tunnetta terveysongelmassaan, jotka Leino-Kilpi ym. (1999, 33-34) on jakanut seitsemään osa-alueeseen. Tarkistuslistaan valittiin näistä osa-alueista kaikki muut, paitsi ekonominen osa-alue, mitä perusteltiin sillä, että apteekissa olevalla henkilökunnalla olisi parhain kompetenssi lääkkeiden hintoihin liittyvissä asioissa. Tarkistuslistan kohta ”potilaan tunnistaminen” sisällytettiin listaan ohjausryhmässä tulleen potilasturvallisuus näkökulman huomioimiseksi. Toistuvasti oli käynyt niin, että potilas oli saanut mukaansa reseptin toisen potilaan nimellä, ja tällä tarkistuslistaan sisällytettävällä kohdalla haluttiin varmistaa se, että oikea potilas saisi hänelle määrätyn reseptin. Sisällölliset, kirjallisuudesta ja tutkimuksista esiin tulleet lääkkeisiin ja niiden vaikutuksiin liittyvät asiat sisällytettiin tarkistuslistaan lääkkeiden säilyvyyttä koskevia asioita lukuun ottamatta. Projektiryhmän mielestä säilyvyyteen liittyvät asiat olisivat parhaiten saatavilla apteekin henkilökunnalta. Potilaat haluavat myös tietoa luotettavista lääketiedon lähteistä (Coleman 2003, 163). Potilaille parhaiten soveltuviksi ja suositeltaviksi katsottiin helppokäyttöinen lääke.fi -sivusto sekä lääkkeiden mukana tuleva kattava pakkausseloste.

Projektiryhmän toisessa tapaamisessa tarkistuslista saatettiin lopulliseen muotoonsa ja käytännön toteuttamista sen käyttöönotosta mietittiin ryhmänä. Koska kehittämisprojektissa oli mukana kaksi yksikköä, joiden toiminta erosi täydellisesti toisistaan, oli haasteellista luoda sellaisia käytäntöjä, joita voitaisiin toteuttaa molemmissa yksiköissä. Yksiköiden erilaisesta luonteesta johtuen tämä ei aina ollut mahdollista, vaan joitain käytännön asioita toteutettiin eri tavoin. Päiväkirurgiassa potilaan ohjaus korostuu lyhyen sairaalassaoloajan vuoksi, kun taas osastolla potilas voi viipyä viikkojakin.

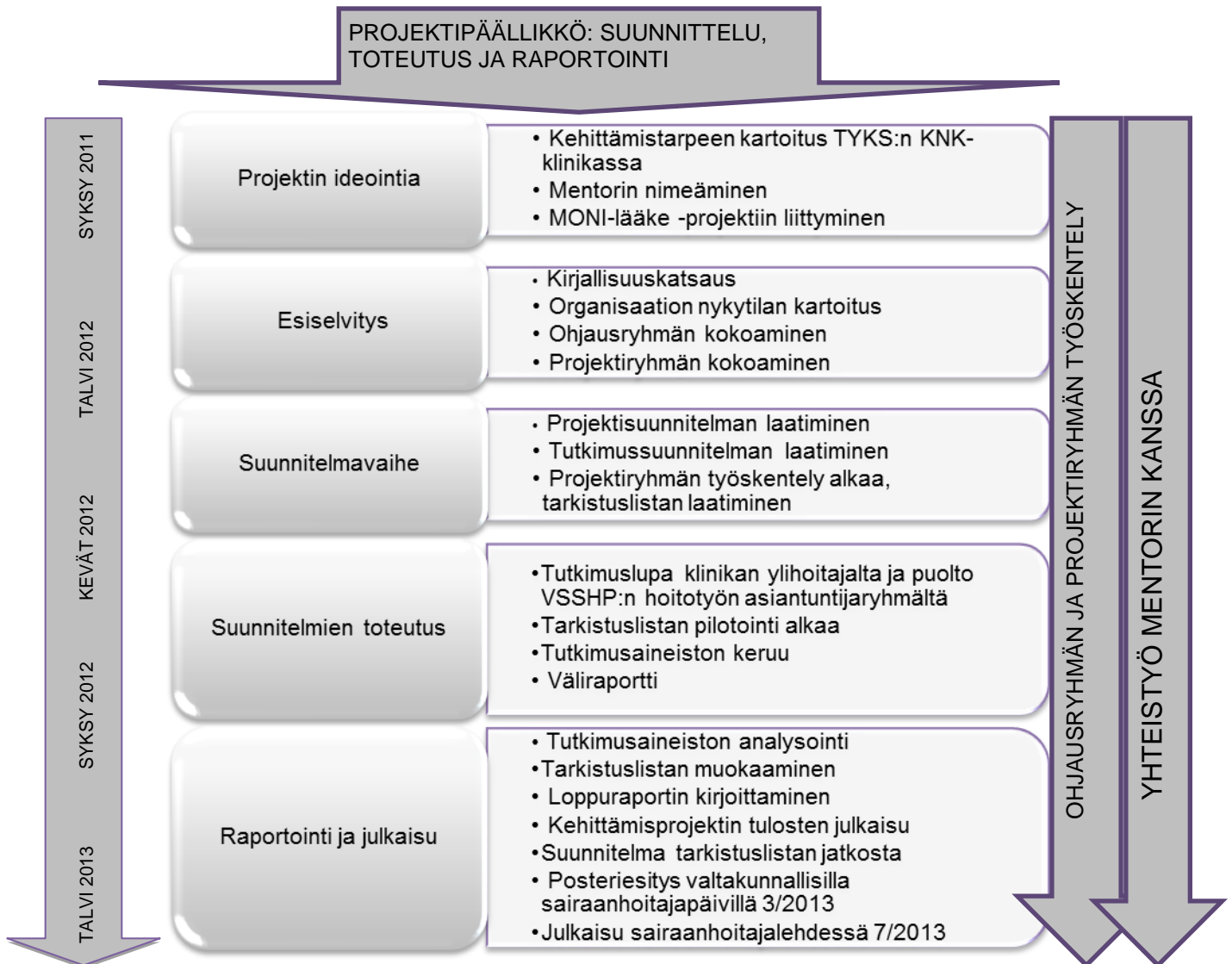
Syksyllä 2012 projektipäällikkö päivitti esiselvitysvaiheessa laaditun kirjallisuuskatsauksen. Tarkistuslistan yhteyteen laadittiin projektipäällikön toimesta selvitysopas, jossa tarkistuslistan jokainen kohta oli aukikirjoitettuna. Tämän selvitysoppaan tehtävänä oli avata tarkistuslistan käyttäjälle listassa olevia kohtia, jotta sen käyttö ja tarkoitus konkretisoituisivat. Projektiryhmä hyväksyi oppaan pienten muutosten jälkeen. Selvitysopas ja tarkistuslista esiteltiin henkilökunnal-

le osastokokouksessa. Projektiryhmän motivoitunut ja innostunut aktiivisuus, sekä asioihin paneutuminen mahdollistivat tehokkaan ja tuottavan toiminnan. Projektiryhmän tapaamisissa projektiryhmän jäsenten vuorovaikutus oli aktiivista ja avointa.

Ennen tarkistuslistan pilotointia projektipäällikkö ja kaksi farmaseuttia laativat lääkeoppaat sairaanhoitajien ohjauksen tueksi. Toinen farmaseuteista oli projektiryhmän jäsen ja toinen toimi sillä hetkellä vuodeosaston osastofarmaseuttina. Lääkeoppaita oli kaksi, joista toisessa oli kuvattuna kipu- ja kilpirauhaslääkkeet sekä antikoagulantit. Toisessa oppaassa oli kuvattuna antibiootit ja kortisonit. Molemmissa oppaissa kerrottiin yleisesti erilaisista lääkemuodoista (tabletti, depot tabletti, poretabletti jne.) sekä kerrottiin lyhyesti lääkkeen käyttötarkoitus, tavallisimmat haittavaikutukset ja niiden kanssa toimiminen, tavallisimmat yhteisvaikutukset ja lääkkeenoton ajankohtaan liittyvät asiat. Oppaiden tarkoituksena oli lisätä sairaanhoitajien lääketietoutta ohjattavista lääkkeistä ja näin helpottaa mahdollisten uusien farmakologisten asioiden oppimista ja tiedon jakamista potilaalle. (King 2004, 397.)

Talvella 2013 projektiryhmä kokoontui kolmannen kerran miettimään tarkistuslistan jatkokäyttöä ja muokkaamista tutkimustulosten pohjalta yksiköiden tarpeisiin soveltuvaksi.

Projektipäällikkö raportoi projektin vaiheet ja toimintamallin kirjallisesti kehittämisprojektin loppuraportissa. Projektipäällikkö esitti posterin projektista Sairaanhoitajapäivillä maaliskuussa 2013 ja kirjoitti artikkelin kehittämisprojektista ja lääkehoidon ohjauksen kehittämisestä Sairaanhoitajalehteen. Artikkelin julkaisutaan heinäkuussa 2013. Kehittämisprojektin toteutuksen vaiheet on kokonaisuudessaan kuvattuna kuviossa 8.



Kuvio 8. Kehittämisprojektin toteutuksen vaiheet.

## 7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

### 7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kehittämisprojektissa laaditun lääkehoidon ohjauksen tarkistuslistan käyttökelpoisuutta tarkistuslistaa käyttäneiden sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli hyödyntää tutkimustuloksia tarkistuslistan jatkokehittelyssä. Tutkimuksessa haettiin vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten tärkeänä sairaanhoitajat pitävät tarkistuslistan sisältöjä?
2. Mitä mieltä sairaanhoitajat ovat tarkistuslistan hyödyllisyydestä?
3. Mitä mieltä sairaanhoitajat ovat tarkistuslistan käytettävyydestä?

### 7.2 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tarkistuslistan teoreettisena lähtökohtana oli terveysongelman sisäinen hallinta erityisesti tiedollisella osa-alueella. Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää, joka toteutettiin strukturoituna Webropol®-kyselynä vuodeosaston ja päiväkirurgisen yksikön lääkehoidon ohjausta toteuttaville sairaanhoitajille (N = 22).

#### 7.2.1 Kyselylomake

Tutkimuksessa käytettiin tähän tutkimukseen laadittua kysymyslomaketta (Liite 3). Se testattiin viidellä lääkehoidon ohjausta antavalla, kirurgisia potilaita hoitavalla sairaanhoitajalla paperiversiona. Testaus ei aiheuttanut muutoksia kyselylomakkeeseen. Kyselylomake muodostui 42 väittämästä, joiden pohjalta sairaanhoitajat arvioivat tarkistuslistan käyttökelpoisuutta viisi-portaisella Likertin

asteikolla. Väittämät oli jaoteltu kolmeen osa-alueeseen: tarkistuslistan hyödyllisyyteen (10 osiota), tarkistuslistassa olevien kohtien tärkeyteen potilaan lääketiedonsaannin kannalta (24 osiota) ja tarkistuslistan käytettävyyteen (8 osiota). Kyselyn lopussa oli yksi avoin kysymys, johon sai laittaa vapaita kommentteja tarkistuslistan jatkokehittelyä ajatellen. Kyselyjen etuna voidaan pitää sitä, että niiden avulla voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää aikaa ja huolella suunnitellun kyselyn aineisto voidaan analysoida nopeasti. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2010, 195.) Syksyllä 2012 projektipäällikkö vei kyselyn sähköiselle Wepropol<sup>®</sup>-alustalle. Kyselyyn liittyvää informaatiota lähetettiin osastonhoitajille sähköpostitse ja henkilökunnalle tiedotettiin asiasta osastokokouksessa.

### 7.2.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin sähköiselle Webropol<sup>®</sup>-alustalle viedyllä kyselylomakkeella. Kohdeyksiköiden osastonhoitajat lähettivät sähköisen linkin kyselyyn vastaajien sähköpostiin sovitusti joulukuun alussa 2012. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä. Saatekirjeessä (Liite 4) kerrottiin kyselyn tavoite, tarkoitus ja merkitys. Siinä oli esillä myös tutkimuksen tekijän yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Kyselyn vastausajankohta ajoittui joulukuun alkuun ja kesti kolme viikkoa. Vastausaikaa jatkettiin kahdella päivällä sen ajankohtaan liittyvien pyhäpäivien takia. Vastausaikaa annettiin kaiken kaikkiaan 23 päivää. Kyselyn vastausprosentti oli vuodeosastolta 43 % ja PÄIKI:stä 67 %.

### 7.2.3 Aineiston analyysi

Kyselyn tuottama aineisto analysoitiin tammi-helmikuun aikana 2013. Tilastollinen analyysi toteutettiin Excel -taulukkolaskentaohjelmaa ja SPSS for Windows 20 -tilasto-ohjelmaa käyttäen. Avoimeen kysymykseen tulleet vastaukset analysoitiin soveltaen sisällönanalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–112).

Aineistoa kuvattiin vastausten lukumäärän eli frekvenssin ( $f$ ) avulla. Tunnuslukuina käytettiin keskiarvoa, keskihajontaa, minimiä, maksimia ja mediaania. Keskiarvo ( $Ka$ ) on aineiston lukujen summa jaettuna niiden lukumäärällä. Keskihajonta ( $Kh$ ) kuvaa havaintoarvojen poikkeamaa keskiarvosta. Minimi ( $Min$ ) on pienin ja maksimi ( $Max$ ) suurin aineistossa esiintyvä muuttujan arvo. Mediaani ( $Md$ ) on keskiluku, joka ilmoittaa jakauman keskimmäisen havaintoarvon kun havainnot on järjestetty suuruusjärjestykseen. (Tilastokeskus 2011.) Tuloksia havainnollistetaan taulukoin ja pylväskuvioin.



## 8 TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖKOKEMUKSET SAIRAANHOITAJIEN ARVIOIMANA

### 8.1 Tutkimustulokset

Kyselyyn vastasi vuodeosastolta 7 sairaanhoitajaa (N = 16) ja PÄIKI-yksiköstä 4 sairaanhoitajaa (N = 6). Avoimeen kysymykseen vastanneita oli neljä.

#### 8.1.1 Tarkistuslistan sisältö sairaanhoitajien arvioimana

Tarkistuslistassa olevien kohtien tärkeyttä potilaan lääketiedonsaannin kannalta arvioitiin viisiportaisella asteikolla, jossa 1 = Ei lainkaan tärkeä ja 5 = Erittäin tärkeä. Vastausten frekvenssijakaumat on esitetty liitteessä viisi. Jokainen tarkistuslistan kohta arvioitiin erikseen.

#### *Ohjaustilanne*

Ohjaustilanteen kaikkia kohtia pidettiin tärkeinä. Vastausten perusteella kaikkein tärkeimpinä pidettiin potilaalle selkokielellä puhumista (Ka 4.8), potilaan tunnistamista (Ka 4.8), potilaan ja omaisen tiedontarpeen huomioimista (Ka 4.7), kysymysten esittämismahdollisuutta (Ka 4.6) ja häiriötöntä ohjausympäristöä (Ka 4.6). Lähes yhtä tärkeänä pidettiin ohjauksen vaikutuksen arviointia (Ka 3.8) potilaan lääketiedonsaannin kannalta. Vähiten tärkeänä pidettiin kirjaamista sairauskertomukseen (Ka 3.7). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ohjaustilanne

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Häiriötön ohjausympäristö	11	4,55	,820	5,00	3	5
Potilaan tunnistaminen	11	4,82	,603	5,00	3	5
Potilaan ja omaisen tiedon- tarpeen huomiointi	11	4,73	,647	5,00	3	5
Selkokielellä puhuminen	11	4,82	,405	5,00	4	5
Kysymysten esittämismah- dollisuus	11	4,64	,674	5,00	3	5
Ohjauksen vaikutuksen arvi- ointi	11	3,82	,874	4,00	3	5
Kirjaaminen sairauskerto- mukseen	11	3,73	1,009	4,00	2	5

*Lääke ja sen tarkoitus*

Lääkkeen perusteen (Ka 4.8), tyypin (Ka 4.8) ja lääkekuurin kestoajan (Ka 4.7) kertomista pidettiin erittäin tärkeinä lääketiedonsaannin kannalta. Lääkkeen nimen kertomista pidettiin lähes yhtä tärkeänä (Ka 4.6). Tämä väittämä aiheutti vastausten suhteen eniten hajontaa (Min 2, Max 5). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Lääke ja sen tarkoitus

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Lääkkeen nimi	11	4,64	,924	5,00	2	5
Lääkkeen peruste	11	4,82	,405	5,00	4	5
Tyyppi	11	4,82	,405	5,00	4	5
Lääkekuurin kesto aika	11	4,73	,467	5,00	4	5

*Lääkkeenotto*

Kaikkia lääkkeenottoon liittyviä asioita pidettiin tärkeinä (Ka yli 4). Tärkeimpänä pidettiin lääkeannoksen mainitsemista (Ka 4.9). Väliin jääneen/unohtuneen/liikaa otetun lääkkeen kanssa toimimisesta kertominen (Ka

4.18, Min 2, Max 5, Kh 0.982) samoin kuin lääkkeenantoreitistä (Ka 4.6, Min 2, Max 5, Kh 0.934) kertominen aiheuttivat eniten hajontaa. Lääkkeenoton ajankohdasta (Ka 4.2) ja lääkemuodon muuttamisesta (Ka 4.1) kertominen ohjaustilanteessa olivat vastauksiltaan samansuuntaisia. Kertominen lääkehoidon vaikutuksen alkamisesta (Ka 4.3, Kh 0.786, Md 4) ja haittavaikutusten ehkäisystä (Ka 4.5, Kh 0.820, Md 5) oli vastaajien mielestä tärkeää ja hajontaakin esiintyi jonkin verran. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Lääkkeenotto

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Lääkeannos	11	4,91	,302	5,00	4	5
Lääkkeenantoreitti	11	4,55	,934	5,00	2	5
Lääkkeenoton ajankohdasta	11	4,18	,751	4,00	3	5
Lääkemuodon muuttaminen	11	4,09	,701	4,00	3	5
Lääkehoidon vaikutus	11	4,27	,786	4,00	3	5
Haittavaikutusten ehkäisy	11	4,45	,820	5,00	3	5
Väliin jäänyt/unohtunut/liikaa otettu lääke	11	4,18	,982	4,00	2	5

### *Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset*

Haittavaikutuksista (Ka 4.4, Md 4) ja yhteisvaikutuksista (Ka 4, Md 5) kertomista pidettiin vastaajien mielestä tärkeänä potilaan tiedonsaannin kannalta. Itsehoitolääkkeistä potilaalle kertominen sen sijaan jakoi vastaukset asteikolle 2-5 keskiarvon ollessa kuitenkin 3.9. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Haittavaikutukset	11	4,36	,674	4,00	3	5
Yhteisvaikutukset	11	4,00	,632	4,00	3	5
Itsehoitolääkkeet	11	3,91	,831	4,00	2	5

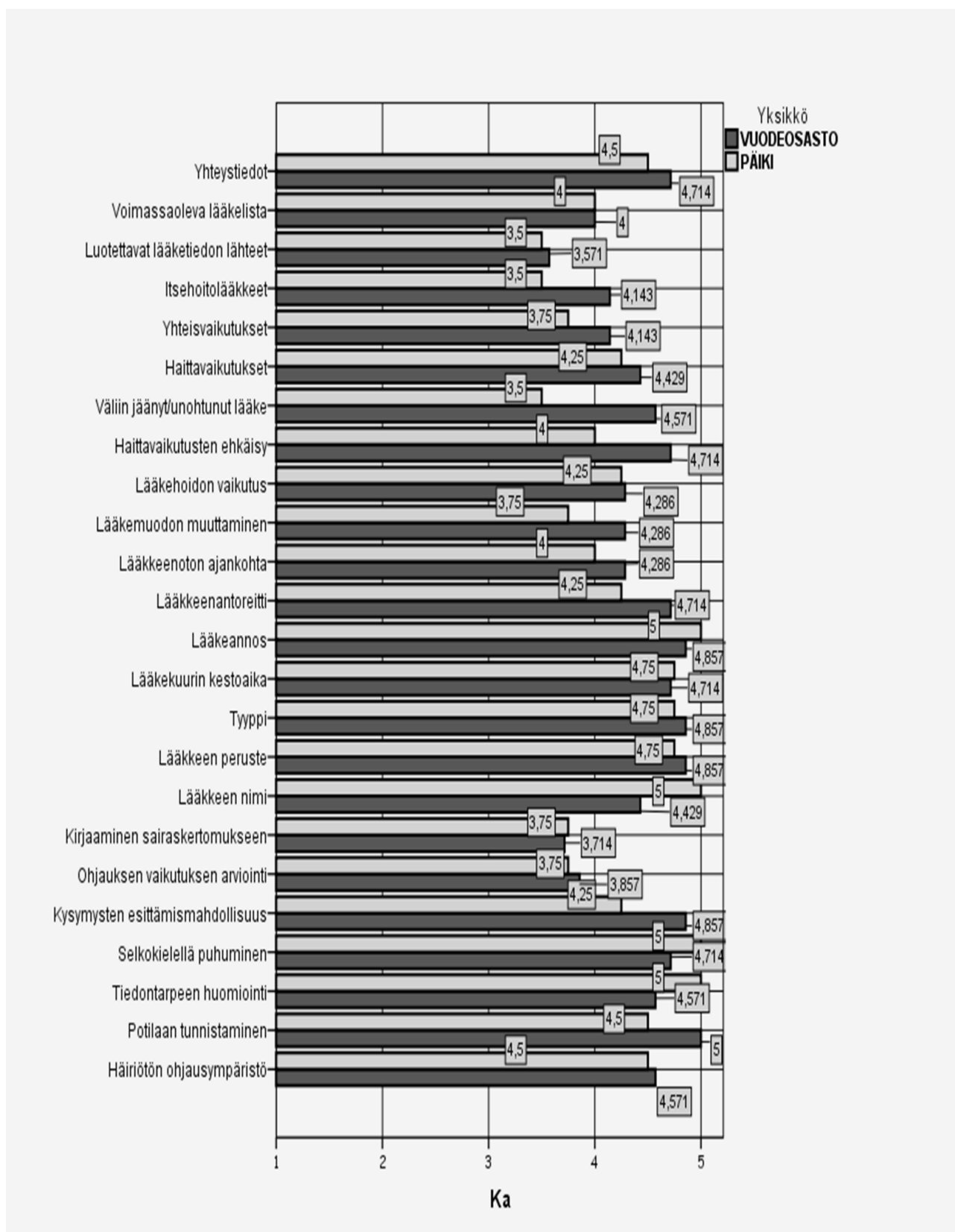
*Tiedollinen tuki*

Taulukossa 7 kuvataan sairaanhoitajien arviota tiedollisesta tuesta potilaan lääketiedonsaannin kannalta. Luotettavista lääketiedon lähteistä kertominen (Ka 3.6, Kh 1,128) ja voimassaolevan lääkelistan mukaan antaminen (Ka 4, Kh 1.183) aiheuttivat vastauksissa eniten hajontaa (Min 2, Max 5), vaikka lääkelistan mukaan antaminen koettiin tärkeäksi (Ka 4). Yhteystietojen antaminen potilaalle koettiin kaikkein tärkeimmäksi tiedolliseksi tueksi.

Taulukko 7. Tiedollinen tuki

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Luotettavat lähteet	11	3,55	1,128	4,00	2	5
Voimassaoleva lääkelista	11	4,00	1,183	4,00	2	5
Yhteystiedot	11	4,64	,505	5,00	4	5

Vertailun vuoksi kuviossa yhdeksän esitetään vastausten keskiarvot yksiköittäin. Selkeimmät eroavaisuudet yksiköiden kesken vertailtaessa löytyivät yhteisvaikutuksista kertomisesta, itsehoitolääkkeistä ja väliin jääneen tai unohtuneen/liikaa otetun lääkkeen kanssa toimimisesta, jossa PÄIKI:n vastaukset olivat keskiarvoltaan selkeästi alempia kuin vuodeosastolla. Myös ohjaustilanteessa potilaan tiedontarpeen huomiointi ja potilaalle selkokielellä puhuminen aiheuttivat samansuuntaisia eroavaisuuksia.



Kuvio 9. Tarkistuslistassa olevien kohtien tärkeys potilaan lääketiedonsaannin kannalta yksiköittäin tarkasteltuna. 1= Ei lainkaan tärkeä, 5= Erittäin tärkeä.

### 8.1.2 Tarkistuslistan hyödyllisyys potilasohjauksessa sairaanhoitajien arvioimana

Tarkistuslistan hyödyllisyyttä potilasohjauksessa arvioitiin viisiportaisella asteikolla, jossa 1 = Täysin eri mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä. Frekvenssijakaumat on esitetty liitteessä kuusi. Taulukossa 8 tarkastellaan koko vastaajajoukon vastauksia käyttäen tunnuslukuja aineiston kuvaamiseen. Kuviossa kymmenen on esitetty vastaukset yksiköittäin.

Pääsääntöisesti tarkistuslista koettiin hyödylliseksi (Ka yli 3), joskin kaikkien vastausten kesken esiintyi runsaasti hajontaa. Kaikkein eniten koettiin ohjauksen parantuneen sisällöllisesti (Ka 3.9, Kh 0.944, Md 4). Potilaiden tiedonsaanti (Ka 3.8, Kh 1.079, Md 4) parani ja kirjallisen materiaalin tarjoaminen lisääntyi (Ka 3.8, Kh 1.168, Md 4). Tarkistuslistan koettiin toimivan muistin tukena (Ka 3.6, Kh 1.286, Md 4) ja lääketiedon tuntemuksen koettiin parantuneen (Ka 3.6, Kh 0.934, Md 3). Mahdollisuus kysymysten esittämiseen parani vastausten perusteella (Ka 3.5, Kh 1.214, Md 3). Tarkistuslistan jatkokäytön suhteen keskiarvo oli 3.2 (Kh 1.382, Md 3) ja omaisten mahdollisuuden kysymysten esittämiseen koettiin parantuneen (Ka 3.1, Kh 1.044, Md 3). Potilaiden tunnistamisen ei koettu parantuneen listan käytön myötä (Ka 2.9, Kh 1.136, Md 3), eikä listan käyttö nopeuttanut ohjausta (Ka 2.1, Kh 1.446, Md 1).

Taulukko 8. Tarkistuslistan hyödyllisyys

		N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Lääketiedon	tuntemukseni	11	3,55	,934	3,00	2	5
	parani						
Potilaiden tiedonsaanti	parani	11	3,82	1,079	4,00	2	5

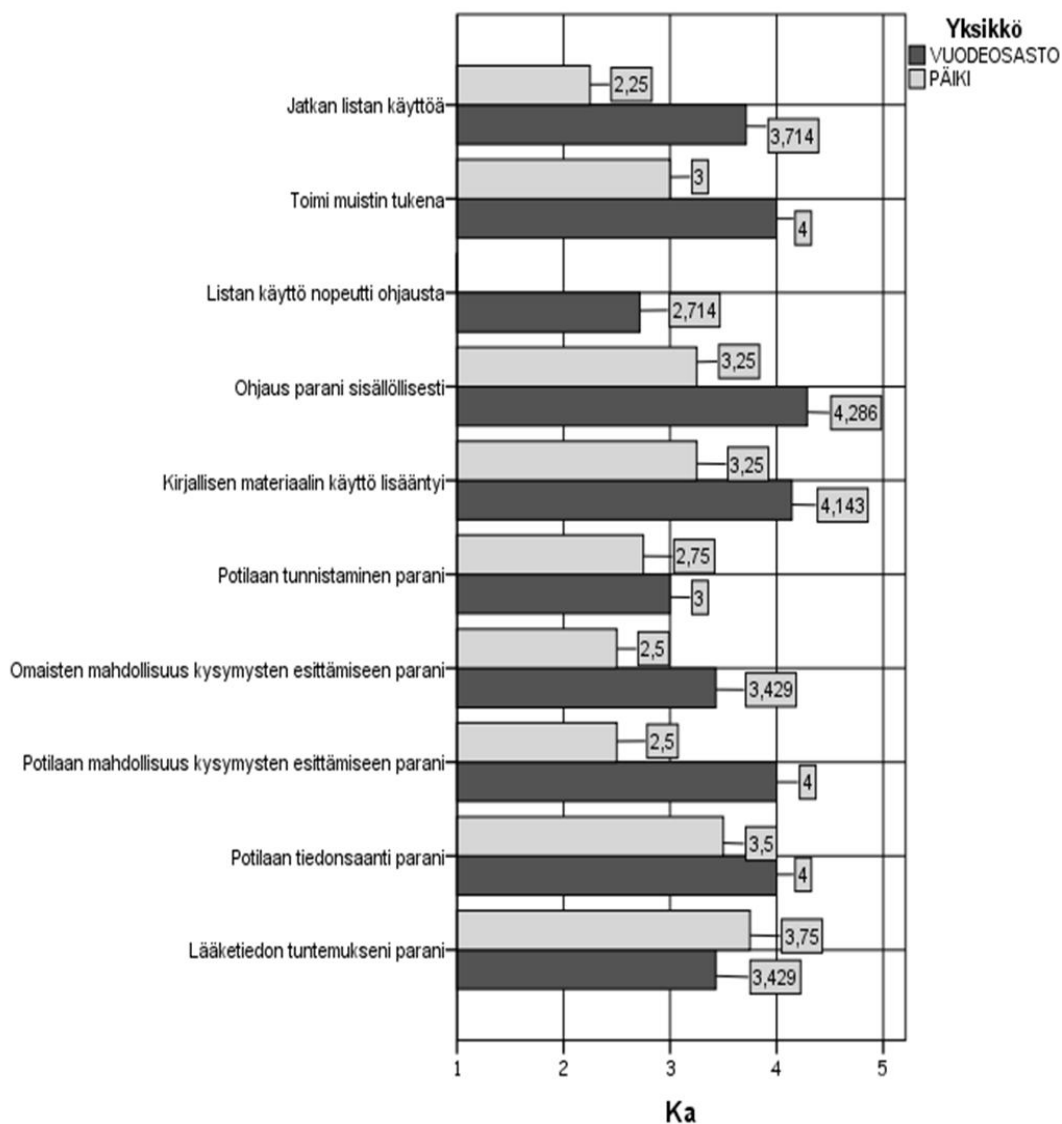
Jatkuu...

... jatkoa edelliseltä sivulta

Mahdollisuus kysymysten esittämiseen parani	11	3,45	1,214	3,00	1	5
Omaisten mahdollisuus kysymysten esittämiseen parani	11	3,09	1,044	3,00	1	5
Potilaan tunnistaminen parani	11	2,91	1,136	3,00	1	5
Kirjallisen materiaalin tarjoaminen lisääntyi	11	3,82	1,168	4,00	2	5
Ohjaus parani sisällöllisesti	11	3,91	,944	4,00	2	5
Käyttö nopeutti ohjausta	11	2,09	1,446	1,00	1	5
Toimi muistin tukena	11	3,64	1,286	4,00	1	5
Jatkan listan käyttöä	11	3,18	1,328	3,00	1	5

Vuodeosastolla tarkistuslistan hyödyllisyyttä arvioitiin positiivisemmin kuin PÄIKI:ssä. Vuodeosastolla kokemus ohjauksen parantumisesta sisällöllisesti sai keskiarvon 4.29 ja PÄIKI:ssä keskiarvon 3,3. Kirjallisen materiaalin käytön tarjoamisen koettiin lisääntyneen vuodeosastolla (Ka 4.14), PÄIKI:ssä keskiarvo oli 3.3. Potilaiden tiedonsaannin ja potilaiden mahdollisuuden kysymysten esittämiseen koettiin myös vuodeosastolla parantuneen kummankin keskiarvon ollessa 4, PÄIKI:ssä keskiarvot olivat 3,5 ja 2,5. Vuodeosaston kuusi seitsemästä vastaajasta oli sitä mieltä, että tarkistuslista toimi muisti tukena (Ka 4), PÄIKI:ssä keskiarvo oli 3.

PÄIKI:ssä lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lääketiedon tuntemus (Ka 3.8) ja potilaiden tiedonsaanti (Ka 3.5) paranivat tarkistuslistan käytön myötä. Lääketiedon tuntemuksen paraneminen oli ainoa asia, jossa PÄIKI:n keskiarvo oli vuodeosastoa parempi ja samalla PÄIKI:n kaikista tarkistuslistan hyötyyn liittyvistä asioista korkein. Tarkistuslistan käytöstä ohjausta nopeuttavana tekijänä (Ka 1) oltiin PÄIKI:ssä täysin eri mieltä, vuodeosastolla vastaukset jakaantuivat tasaisesti koko skaalalle 1-5 (Ka 2.7). (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Tarkistuslistan hyödyllisyys yksiköittäin tarkasteltuna. 1= Täysin eri mieltä, 5= Täysin samaa mieltä

### 8.1.3 Tarkistuslistan käytettävyys sairaanhoitajien arvioimana

Tarkistuslistan käytettävyyttä arvioitiin viisiportaisella asteikolla, jossa 1 = Täysin eri mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä. Frekvenssijakaumat on esitetty liitteessä seitsemän. Taulukossa 9 on kuvattu vastauksia tunnuslukujen avulla.

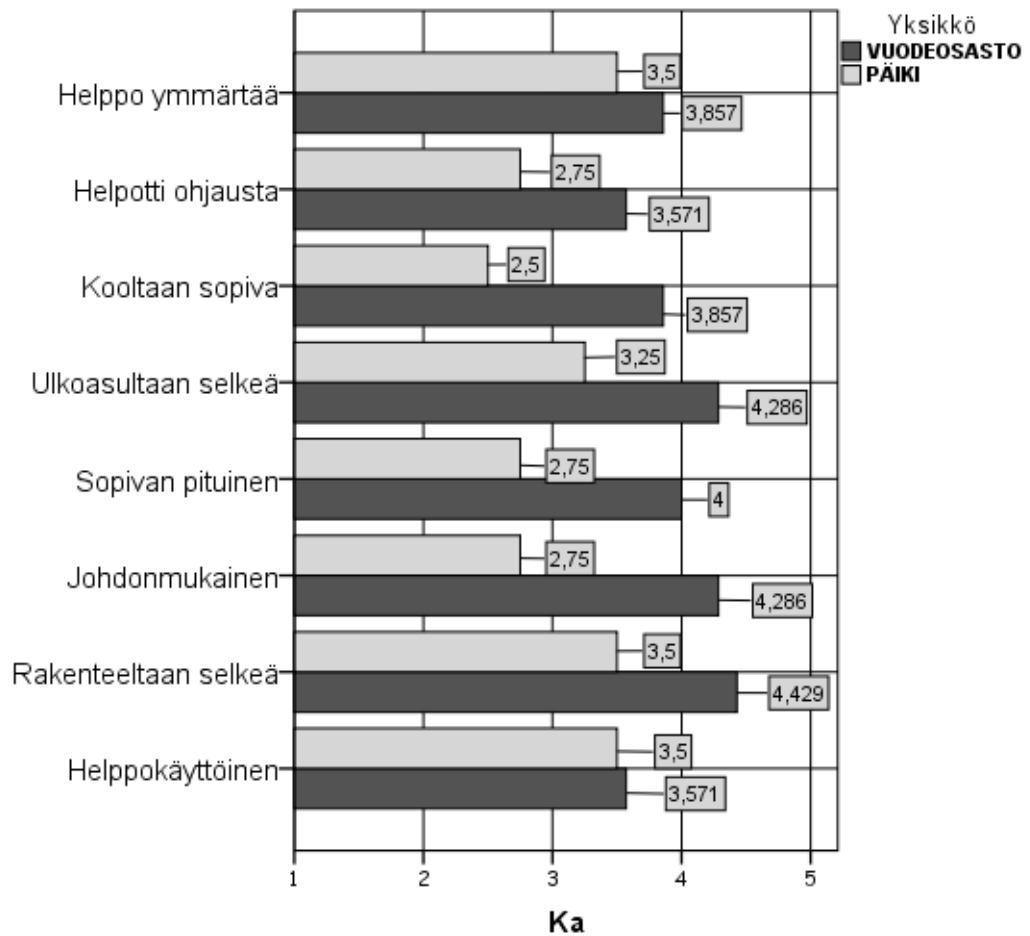


Tarkistuslistan käytettävyyttä arvioitaessa hajontaa esiintyi kaikkien väittämien kohdalla. Sitä pidettiin pääsääntöisesti rakenteeltaan selkeänä (Ka 4.1, Kh 0.83,) ja sen ulkoasu oli lähes kaikkien vastaajien mielestä selkeä (Ka 3.9, 1.136). Se oli johdonmukainen (Ka 3.7, Kh 1.191) ja sitä oli helppo ymmärtää (Ka 3.7, Kh 1.272). Lista koettiin helppokäyttöiseksi (3.6, Kh 1.293) ja sopivan pituiseksi (Ka 3.6, Kh 1.293) ja se oli kooltaan sopiva (Ka 3.4, Kh 1.286). Sen toimiminen ohjausta helpottavana tekijänä jakoi vastaukset yhdestä viiteen keskiarvon ollessa 3.3 (Kh 1.272).

Taulukko 9. Tarkistuslistan käytettävyys.

	N	Ka	Kh	Md	Min	Max
Helppokäyttöinen	11	3,55	1,293	4,00	1	5
Rakenteeltaan selkeä	11	4,09	,831	4,00	3	5
Johdonmukainen	11	3,73	1,191	4,00	2	5
Sopivan pituinen	11	3,55	1,293	3,00	2	5
Ulkoasultaan selkeä	11	3,91	1,136	4,00	2	5
Kooltaan sopiva	11	3,36	1,286	3,00	2	5
Helpotti ohjausta	11	3,27	1,272	3,00	1	5
Helppo ymmärtää	11	3,73	1,272	4,00	1	5

Yksiköittäin tarkasteltuna vuodeosaston ja PÄIKI:n vastauksissa oli selkeästi eroa lähes joka väittämän kohdalla. Vuodeosastolla tarkistuslistan käytettävyyttä arvioitaessa keskiarvo oli jokaisen väittämän kohdalla yli 3.5. Sitä pidettiin rakenteeltaan (Ka 4.43) ja ulkoasultaan selkeänä (Ka 4.3), johdonmukaisena (Ka 4.3) ja sopivan pituisena (Ka 4). PÄIKI:ssä tärkeimpinä käytettävyyteen liittyvinä asioina pidettiin sen selkeää rakennetta (Ka 3.5), helppokäyttöisyyttä (Ka 3.5) ja helppoa ymmärrettävyyttä (Ka 3.5). Sitä pidettiin myös ulkoasultaan selkeänä (Ka 3.3). Kaikkein vähiten sitä pidettiin kooltaan sopivana (Ka 2.5), sopivan pituisena (Ka 2.8) ja johdonmukaisena (Ka 2.8). Sen ei myöskään koettu helpottavan ohjausta (Ka 2.8). Vuodeosastolla tarkistuslistan käytettävyyttä arvioitiin heikoimmin sen helppokäyttöisyydessä (Ka 3.6) ja ohjausta helpottavana tekijänä (ka 3.6). (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Tarkistuslistan käytettävyys yksiköittäin tarkasteltuna. 1 = Täysin eri mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä.

#### 8.1.4 Avoimeen kysymykseen annetut vastaukset

Avoimeen kysymykseen vastasi neljä hoitajaa. Tarkistuslistaa pidettiin vastaus-  
ten mukaan selkeänä ja ytimekkäänä, jossa tärkeät asiat oli otettu huomioon.  
Se oli sopivan pituinen, joskin sen toivottiin olevan kooltaan pienempi, taskuun  
mahtuva. Listan koettiin toimivan muistin tukena ja sen avulla potilaan koettiin  
saavan tärkeää tietoa lääkityksestään. Tarkistuslistan säännöllistä päivittämistä  
toivottiin.

## 8.2 Johtopäätökset ja pohdinta

Sisällöllisesti tarkistuslistan käyttö koettiin potilaiden lääketiedon saannin kannalta tärkeänä, vaikka yksikkökohtaisia erojakin löytyi. Pienen aineiston vuoksi eroja ei voitu tilastollisesti testata.

Tutkimusten mukaan lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista ja haittavaikutusten ehkäisystä kertominen on potilaan lääketiedonsaannin kannalta tärkeää (Nurit ym. 2009, 2530; Kansanaho ym. 2002, 81; Carpenter 2010; Raynor ym. 2007, 15). Tässä tutkimuksessa saatiin aika samanlaisia tuloksia. Pieniä eroja yksiköittäin tarkasteltuna kuitenkin löytyi, kuten vuodeosastolla näistä asioista kertomista pidettiin tärkeämpänä kuin PÄIKI:ssä. Myös itsehoitolääkkeiden käyttöön tulisi kiinnittää huomiota (Kalliokoski 2012) ohjaustilanteessa ja tämä tutkimus antoi samoja tuloksia, vaikka PÄIKI:ssä keskiarvo (3.5) jäikin hieman vuodeosaston keskiarvosta (4.1). Tässä tutkimuksessa väliin jääneen, unohtuneen tai liikaa otetun lääkkeen kanssa toimimisesta kertomista ei pidetty niin tärkeänä PÄIKI:ssä (Ka 3.5), mutta tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat tietoa myös siitä, kuinka toimia, jos lääkkeen otto on viivästynyt tai lääkettä on otettu liikaa. (Spiers ym. 2004, 376.) Erityisesti PÄIKI:ssä lääkkeen nimen ja lääkeannoksen mainitsemista pidettiin erittäin tärkeänä, mikä on samansuuntainen kuin Spiersin ym. (2004, 376) ja Rycroft-Malonen ym. (2000, 35) tutkimuksissa saatu tulos.

Ohjaukselliset asiat koettiin lähes aina erittäin tärkeiksi (Ka yli 4) yksiköstä riippumatta, mikä saattaa kertoa siitä, että asiat tiedostetaan tärkeiksi. Potilaiden tiedontarpeen huomioon ottaminen ja selkokielellä puhuminen, potilaan tunnistaminen ja häiriöttömän ohjausympäristön järjestäminen koettiin molemmissa yksiköissä erittäin tärkeiksi, kuten myös kysymysten esittämismahdollisuuden tarjoaminen potilaalle. Samanlaisiin tuloksiin ovat tulleet myös Kyngäs ym. (2007, 37), Onnismaa (2007, 39), Hill (1997, 110,111), NICE (2009, 13) & Hansen (1998, 59).

Tarkistuslistan hyödyllisyyttä arvioitaessa sairaanhoitajien lääketiedon tunte-  
muksen parantuminen ja tarkistuslistan käyttö muistin tukena ohjausta annetta-  
essa kertovat sen hyödyllisyydestä potilasohjauksessa. Ohjauksen koettiin pa-  
rantuneen sisällöllisesti ja potilaiden mahdollisuuksien kysymysten esittämiseen  
koettiin parantuneen kaikkien vastaajien mielestä, mikä kertoo osittain tarkistus-  
listan käytön tavoitteiden täyttymisestä ohjausta edistävänä tekijänä. Kirjallisen  
materiaalin käytön lisääntymisen tarkistuslistan käytön myötä koettiin parantu-  
neen molemmissa yksiköissä. Kirjallisilla ohjeilla tarkoitettiin lähinnä toimenpi-  
teeseen liittyviä kotihoito-ohjeita ja haavanhoito-ohjeita, sillä kirjallisia lääkehoi-  
don ohjeita yksiköissä ei ole. Ohjeilla tarkoitettiin myös käsin kirjoitettuja ohjeis-  
tuksia esimerkiksi lääkkeenottoon ja ruokailuun tai lääkkeen haittavaikutuksiin  
liittyvistä asioista. PÄIKI:ssä tarkistuslistan käytön ei koettu nopeuttavan ohja-  
usta, eikä myöskään potilaiden tai omaisten mahdollisuuden kysymysten esit-  
tämiseen koettu parantuneen. Tämä saattaa johtua siitä, että PÄIKI:ssä ohjaus  
on keskeisessä roolissa muutenkin, joten tarkistuslistan käyttö ei tuonut merkit-  
tävää muutosta aiempaan.

Tarkistuslistan käytettävyyttä tarkasteltaessa erot yksiköiden välillä olivat suu-  
rimmat. Molemmissa yksiköissä tarkistuslistaa pidettiin helppokäyttöisenä ja  
helposti ymmärrettävänä sekä ulkoasultaan ja rakenteeltaan selkeänä. PÄI-  
KI:ssä oltiin kriittisempiä listan käytettävyyden arvioinnissa, eikä sen koettu hel-  
pottavan ohjausta. Sitä ei myöskään pidetty kooltaan sopivana, ei erityisen joh-  
donmukaisena eikä sopivan pituisena. Vuodeosastolla taas kaikki tarkistuslistan  
käytettävyyteen liittyvät kohdat arvioitiin hyviksi (Ka yli 3.5). Tarkistuslistan jat-  
kokäytössä tuleekin ottaa huomioon listan koko. Se tulee olla muokattuna pie-  
nemmäksi ja sen käytön opastuksessa tulee kiinnittää huomiota käyttötarkoituk-  
seen, jotta ihmiset ymmärtävät sen toimivan muistin tukena, eikä niin, että jo-  
kainen kohta edetään orjallisesti listan mukaan. Lääketietokeskus tekee tarkis-  
tuslistasta painoversion. Se tulee olemaan kortti- tai vihkomallinen, jotta sen  
käyttö ja kuljettaminen olisivat mahdollisimman helppoja. Tarkistuslistasta on  
tehty myös englanninkielinen versio, joka helpottaa sairaanhoitajaa ohjattaessa

potilasta englannin kielellä. Ruotsinkielinen versio tarkistuslistasta on myös tekeillä.

Lääkehoidon ohjauksen tehostamiseksi laadittu tarkistuslista voidaan soveltavin osin ottaa käyttöön jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa yksikössä, jossa potilaat tarvitsevat lääkehoitoa. Ohjausta voidaan laajentaa koskemaan potilaan kotilääkitystä, jotain tiettyä lääkeryhmää tai sairauden hoitoa. Tarkistuslistaa voidaan hyödyntää myös oppilaitoksissa osana lääkehoidon opetusta. Kohdeyksiköissä voisi jatkossa myös miettiä lääkehoidon ohjauksen tueksi kirjallista materiaalia lääkkeistä ja niiden vaikutuksista. Tällöin potilaan pelkän muistin varaan ei jäisi niin paljon. (Kyngäs ym. 2007, 124; Kinnunen 2010, 46; STM 2011b, 3.)

Jatkossa lista otetaan käyttöön molemmissa yksiköissä, kun Lääketietokeskuksen painoversio on saatavilla ja käytettävissä. Tarkistuslista tulee toimimaan sairaanhoitajien osana sairaanhoitajan työtä sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytysohjelmassa.

Lääkehoidon ohjaus on ratkaiseva tekijä arvioitaessa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Terveystieteiden ammattilaisten on annettava potilaille riittävästi informaatiota näiden lääkityksestä, jotta he voivat ongelmitta toteuttaa lääkehoidon itsenäisesti ja turvallisesti. Sairaanhoitajan rooli lääkehoidon toteuttamisessa ja lääkehoidon ohjauksessa muuttuu koko ajan. Farmakologisesta osuudesta on tullut koko ajan tärkeämpi ja sairaanhoitajilta vaaditaankin jatkuvasti enemmän tietoa lääkkeistä, niiden haittavaikutuksista ja vaikutuksista terveyteen ja sen edistämiseen. Potilaan riittävällä neuvonnalla ja ohjauksella mahdollistetaan hänen osallistumisensa lääkehoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Manias 2010, 933; King 2004, 397.)

Jotta sairaanhoitajien farmakologista tietoperustaa voidaan jatkossa parantaa, tulee omaehtoiseen oppimiseen ja täydennyskoulutukseen panostaa (STM 2011, 15; Sairaanhoitajaliiton julkaisuja 2009). Laadukas potilasohjaus on osa laadukasta hoidon lopputulosta.

### 8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tieteellistä tutkimusta. Tässä tutkimuksessa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, jotka ovat eettisen hyväksyttävyyden ja sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 1). Hyvä tieteellinen käytäntö on mm. sitä, että tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät ovat yleisesti hyväksytyjä. Tiedonhankinnan tulee perustua alan tieteelliseen kirjallisuuden tuntemukseen ja muihin asianmukaisiin tietolähteisiin. (Vilkkä 2009, 30.)

Tutkimusta varten haettiin VSSHP:n käytännön mukaisesti tutkimuslupa klinikan ylihoitajalta ja puolto hoitotyön asiantuntijaryhmältä. Lupa myönnettiin syyskuussa 2012. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, joten eettisen toimikunnan kannanottoa ei tarvinnut pyytää.

Henkilötietolaki (1999/523, 14§) edellyttää, että vastaajilta tulee olla suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tähän tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kyselyyn vastattiin nimettömästi. Vastaajille korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistujia informoitiin saatekirjeellä jossa osallistujille selvitettiin tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128; Vehviläinen-Julkunen 1997, 30.) Lisäksi aiheutta esiteltiin yleisesti osastokokouksissa molemmissa yksiköissä. Saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot, jotta vastaaja voi halutessaan ottaa yhteyttä. Tutkimuksen anonymiteettiä haluttiin varmistaa sillä, että taustamuuttujina ei kysytty muuta kuin kyselyyn osallistuneiden työyksikköä. Tämä sen takia, että tutkija olisi voinut tunnistaa yksittäisen vastaajan, jos taustamuuttujatietoja olisi ollut enemmän.

Tässä kehittämisprojektissa luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimuksellisen osion toteutukseen ja tulosten luotettavuuden arviointiin sekä projektipäällikön oman toiminnan kriittiseen arviointiin.

Tutkimusten luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun sekä tulosten luotettavuutena. Tutkimuksen tuloksiin vaikuttavat suoraan siinä

käytetyt mittarit. Keskeistä on tietää, mittaavatko mittarin osiot eli kysymykset sitä, mitä on haluttu tutkia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206-207.) Tutkimusta varten laadittu kyselylomake perustuu teoriaan ja se on esitestattu. Mittarin esitutkimuksella on merkittävä rooli sen validiteetin arvioinnissa. Sen avulla tutkija varmistaa, että mittari on toimiva, looginen ja ymmärrettävä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207.) Kyselylomake kävi vielä expert validity -tarkistuksessa MONI-lääke –projektin ohjausryhmässä. Luotettava mittarin sisältövaliditeetin arvio saadaan käyttämällä asiantuntijoita, jotka arvioivat, vastaavatko mittarin sisällöt teoriaa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 208.) Luotettavuutta lisää se, että mittarin väittämät ovat yksiselitteiset eivätkä tulkinnanvaraiset.

Tulosten luotettavuutta saattaa heikentää se, että vuodeosastolta vastaajia oli vähän ja vastaajat saattoivat olla niitä, joilla oli positiivinen asenne asiaa kohtaan, tai niitä, jotka kokivat lääkehoidon ohjauksen tärkeänä osana potilaan saamaa kokonaishoitoa. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, etteivät sairaanhoitajat ole aina kokeneet lääkehoidon ohjausta omaksi tehtäväkseen tai ykkösprioriteetikseen (Mm. Latter, Rycroft-Malone, Yerrel & Shaw 2000, 1286, King 2004, 392; Nurit ym. 2009, 2535). Näin ollen tulokset vuodeosastolta eivät kerro koko totuutta tarkistuslistan käytettävyyden arvioinnista.

Pilottivaiheen ajan hoitajat merkitsivät jokaisen tarkistuslistan käyttökerran seurantalistaan, jotta tarkistuslistan käyttöä voitaisiin seurata. Tarkoituksenahan oli, että listaa käytettäisiin jokaisen sellaisen kotiutuksen yhteydessä, mihin liittyi lääkehoidon ohjausta. Tarkistuslistan käyttö suhteessa kotiutuneiden määrään jäi vuodeosastolla 55.4 %:iin. Tähän tulokseen vaikuttaa osittain se, että kaikille potilaille ei määrätty kotona jatkuvaa lääkehoitoa, jolloin listaa ei tällaisen potilaan kotiutuksessa tarvinnut käyttää. Niin ikään ne potilaat, jotka eivät olleet kykeneviä huolehtimaan omasta lääkehoidostaan, eivät saaneet ohjausta listan mukaan. Näissä tapauksissa kotiutusohjeet annettiin joko potilaan vastaanottavaan yksikköön tai kotisairaanhoidon. Tähän tulokseen peilaten osa hoitajista jätti käyttämättä tarkistuslistaa kokonaan, jolloin kokemukset sen käytöstä jäivät kokonaan puuttumaan. PÄIKI:ssä listaa käytettiin selkeästi enemmän suhteessa

kotiutuneiden määrään, käyttöprosentiksi muodostui 72 %. Syitä tarkistuslistan käytön vähäisyyteen tai käyttämättömyyteen saatavat olla kiire ja sairauspoissaolot, jolloin työn kuormittavuus on korkeaa tai tietynlainen muutosvastarinta uuden käytännön toteuttamiseen.

Tässä tutkimuksessa ei pidetty kirjaa ohjauksen saaneiden potilaiden diagnoosista, sukupuolesta eikä omaisten mukanaolosta, koska lähtökohtaisesti tarkoituksena oli käyttää tarkistuslistaa systemaattisesti kaikkien potilaiden ohjauksessa taustamuuttujista huolimatta.

Tämän tutkimuksen tutkija oli rehellinen ja raportoi tutkimuksen vaiheet ja tulokset tarkasti. Muiden tutkijoiden osuutta julkaisuihin kunnioitettiin aikaisempiin tutkimuksiin huolellisesti viittaamalla. Tulokset on raportoitu huolellisesti ja tarkasti, eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3-4.) Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti kehittämisprojektin loppuraportin valmistumisen ja tarkastamisen jälkeen.



## 9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Projekti on kehittämisväline, jota voidaan arvioida tavoitteiden saavuttamisen, aika- ja henkilökuntaresurssien, johtamisen ja organisaation sekä tulosten ja vaikuttavuuden arvioinnin kautta (Silfverberg 2005, 5-8; Anttila 2007, 98-99).

### 9.1 Projektin tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää lääkehoidon ohjausta luomalla tarkistuslista sairaanhoitajan työkaluksi potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjaukseen. Tämän kehittämisprojektin aikana ohjauksessa tarvittava tarkistuslista valmistui ja se koettiin käyttökelpoiseksi.

Kehittämisprojektille oli laadittu myös pitkántähtäimen tavoitteita, joiden toteutuminen voidaan osoittaa vasta tulevaisuudessa uuden tutkimuksen myötä. Potilaiden saama palvelun laatu parani ja heidän tietämyksensä lääkkeistä kasvoi tarkistuslistan käytön myötä sairaanhoitajien arvioimana. Henkilökunnan näkökulmasta katsottuna lääketiedon ja lääkehoito-osaamisen voidaan sanoa kehittyneen ja tarkistuslistan käyttöönotto tulee tukemaan henkilökunnan jakamista sen toimiessa perehdytysoppaana uusille työntekijöille. Tarkistuslistan käyttö kehittää palvelujen laatua ja asiakaskeskeisyyttä, (Sulosaari 2011) joten organisaationkin näkökulmasta katsottuna tavoitteet on saavutettu hyvin.

### 9.2 Pilottijakson arviointi

Tarkistuslistan käyttöä potilasohjausta edistävänä tekijänä olisi voinut tehostaa pilotointivaiheen aikana varsinkin vuodeosastolla. Projektipäällikkö piti kirjanpitoa koko pilottijakson ajan molemmissa kohdeyksiköissä suhteessa tarkistuslistan käyttöön ja kotiutuneisiin potilaisiin. PÄIKI:ssä tarkistuslistan käyttö oli aktiivisempaa ja motivoituneempaa kuin vuodeosastolla, minkä syitä projektipäällikkö voi miettiä. Tähän saattaa vaikuttaa se, että kaikilla ei aina ollut mahdolli-

suuksia käyttää tarkistuslistaa johtuen lomista tai iltavuoroista, jolloin potilaita kotiutui vähemmän tai ei lainkaan. Myös yötyötä tekevillä ei ollut useinkaan mahdollisuutta listan käyttöön. Usein potilaat myös kotiutuivat ilman osastolla aloitettavia lääkityksiä, mikä näkyi tilastoissa kotiutuneiden suurempana määränä verrattuna tarkistuslistan käyttöön.

Juusolan ym. (2002) mukaan onnistuneen muutoksen takana on riittävä tiedonkulku. Erilaisia tiedotustilaisuuksia tulisi järjestää henkilökunnalle usein ja niin, että kaikki kuulevat asioista yhtä aikaa ja samalla tavalla. Tosiasioita pitää kerrata ja huhuja kumota. Henkilökunnan kuuleminen on tärkeä asia. Muutoshallinnan mahdollisuudet paranevat, jos muutos voidaan toteuttaa ennakoiden ja nykyistä käytäntöä vähitellen kehittäen. Jos kehittämistyötä ei tehdä, muutos viivästyy tai toimintaympäristö muuttuu ennakoimattomasti, jolloin muutoksen hallinta on vaikeampaa (Juusola, Oksa, Pukuri & Rantalaiho 2002, 10-11,13; Valpola 2004, 62-63,196-197.) Vuodeosastolla järjestettiin enemmän tilaisuuksia, joissa annettiin tietoa listan käyttöönottoon ja sen toteutukseen liittyvistä asioista kuin PÄIKi:ssä. Henkilökuntaa pyrittiin motivoimaan listan käyttöön laatimalla kirjalliset ohjeet pilotointivaiheen toteutuksesta molempiin kohdeyksiköihin. Tällä pyrittiin varmistamaan se, että jokaisella oli mahdollisuus saada tietoa pilottivaiheesta ja sen käytännön toteutuksesta, vaikka ei päässytäkään infotilaisuuksiin. Samalla projektipäällikkö pyrki järjestämään henkilökunnalle henkilökohtaista apua tarpeen mukaan. Vaikka PÄIKi:ssä oltiin motivoituneempia listan käytön suhteen kuin vuodeosastolla, arvioivat he kuitenkin kriittisemmin tarkistuslistaa kuin vuodeosasto. Tämä saattaa johtua siitä, että PÄIKi:ssä kaikki käyttäjät arvioivat listaa, kun taas vuodeosastolla tutkimukseen osallistuivat vain ne, jotka ehkä suhtautuivat asiaan positiivisesti. Projektiryhmä toimi kiitettävästi projektipäällikön tukena ja pyrki informoimaan ja auttamaan henkilökuntaa ongelmien ilmentymisessä.

Osastolla kyselylomakkeita palautui vähän suhteessa niihin, joille kysely lähetettiin. Tähän voi vaikuttaa hieman vastausaika, jota jatkettiin muutamalla päivällä sen sisään sijoittuneiden pyhäpäivien takia, tai henkilökunnan motivaation puute. Tarkistuslistan pilottiaika olisi voinut olla pidempi ja siitä järjestettävät tietoa antavat tilaisuudet olisivat voineet olla useammin, jotta ne olisivat ta-

voittaneet koko henkilökunnan. Tämä olisi saattanut edesauttaa varsinkin vuodeosaston henkilökunnan aktiivisempaa osallistumista sekä pilotointivaiheessa että kyselyyn vastaamisessa.

Aluksi tarkistuslistan käyttö tuntui hankalalta sen pituuden vuoksi, mutta käytössä sairaanhoitajat huomasivat siinä olevan paljon sellaisia asioita, joita he muutenkin käyvät läpi potilaan kanssa. Listan käyttöä arvioitiin ajoittain väärin. Jotkut ajattelivat, että kaikki sen kohdat tulee käydä läpi ja siinä järjestyksessä, kuin ne oli listaan kirjoitettu. Osalle listan mukaan asioiden läpikäyminen tuntui vievän liikaa aikaa. Jotkut kokivat lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista kertomisen kuuluvan lääkärille ja jonkun mielestä se oli liian haastavaa huolimatta ohjauksen tueksi laadituista lääkeoppaista. Myös osastofarmaseutin asiantuntijuus olisi ollut hyödynnettävissä virka-aikana, mikä olisi helpottanut vaikeiden asioiden läpikäymistä. Tavallisimmista haitta- ja yhteisvaikutuksista kertominen miellettiin välillä niin, että kaikki, mitä lääkkeistä lukee Farmaca Fennicassa tai Terveysportissa, tulee kertoa myös potilaalle.

Ongelmia tuntui aluksi aiheuttavan myös lääkitysten kirjaaminen lääkeohjelmaan. Ennen toimittiin niin, että kun potilas kotiutuu, kaikki lääkkeet lääkeohjelmasta lukuun ottamatta kotilääkkeitä, lopetetaan. Jotta potilas saisi mukanaan voimassa olevan lääkelistan, sovittiin niin, että lääkkeet, jotka kotona jatkuivat, lisättiin lääkeohjelmaan ja ohjelmoitiin päättymään joko lääkekuurin tai sairausloman loppuun ja tästä annettiin tuloste potilaan mukaan. Tämä koettiin joidenkin mielestä työläänä menettelynä. Yhteisellä sopimuksella päädyttiin helpottamaan kirjaamista niin, että lääkityksiä ei ohjelmoitu päättymään, vaan ne loppuivat reseptissä olevan ohjeen mukaisesti.

Uudenlaisen työtavan tai muutoksen hyväksyminen saattaa olla vaikeaa ja vaatii pitkäjänteistä työtä sen toimivan toteuttamisen eteen. Pilottijakso koettiin pitkänä, vaikka se olisi voinut olla pidempikin. Silloin ohjauksesta uuden apuvälineen kanssa olisi tullut tutumpaa ja rutinoituneempaa asioiden jäädessä muistiin. Tällöin sen käyttöä ei olisi koettu niin työlääksi ja aikaa vieväksi. Uusien toimintatapojen oppiminen vaatii harjoittelua ja osittain myös asennemuutosta (STM 2011b, 69).

### 9.3 Aika- ja henkilökuntaresurssien käytön arviointi

Kehittämiprojekti valmistui aikataulun mukaisesti, vaikka alkuperäistä aikataulusuunnitelmaa jouduttiin muuttamaan jo heti projektin alkuvaiheessa. Tarkistuslista piti laatia aiottua aiemmin, mikä vaikutti samalla myös tutkimusluvan hankinta-aikatauluun, sen siirtyessä suunnitellusta kevästä 2012 syksyyn 2012. Huolimatta tarkistuslistan laatimiseksi suunnitellun aikataulun aikaistamisesta, projektiryhmä pystyi hoitamaan osuutensa mallikkaasti ja aikataulullisesti onnistuneesti tarkistuslistan laatimiseksi. Tarkistuslistan hyväksyttäminen MONI-lääke –projektin expert validity -tarkistuksessa sen ohjausryhmässä ennen tutkimusluvan anomista aiheutti aikataulullisia haasteita ihmisten kesälomien vuoksi. Huolimatta näistä projektipäällikkö pystyi pitämään aikataulun sallituissa rajoissa ja kehittämiprojekti pääsi etenemään.

Tutkimusluvan saannin jälkeen projektipäällikkö laati syksyllä kyselylomakkeesta sähköisen Webropol® -lomakkeen, jonka toimivuutta testattiin tilastotieteiden lehtorin kanssa. Sen lähettämisestä lääkehoidon ohjausta toteuttaneille sairaanhoitajille pilottijakson jälkeen huolehtivat vuodeosaston osastonhoitaja ja PÄIKI-yksikön kesken kehittämiprojektia mukaan tullut vt. osastonhoitaja, joka sai lyhyellä varoitusajalla tiedon projektista ja sen etenemisestä projektipäällikkön laatimalla kirjeellä. Molemmat hoitivat tehtävänsä hyvin ja projektipäällikkön ohjeiden mukaan.

### 9.4 Projektipäällikkyuden toteuttamisen arviointi

Kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimiminen oli uusi ja haastava kokemus. Sitoutuminen pitkäkestoiseen projektiin kehitti yleisiä projektinhallinnan taitoja, mutta opetti myös paljon vuorovaikutuksesta, asiantuntijuudesta sekä paineen siedosta. Keskustelut opinnäytetyön ohjaajan ja työelämämentorin kanssa auttoivat kuitenkin keskittymään olennaiseen. Työyhteisön osallistaminen ja motiivointi uudenlaisen käytännön toteuttamiseen oli projektipäällikölle suurin haaste, jonka parempaan onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Ajankäyttö ja

aikarajat vaativat paljon suunnittelua ja priorisointia. Kehittämishankkeen etenemisessä ilmeni ajoittain vastoinkäymisiä, joiden yli pääseminen tuntui hankalalta. Toisinaan projektipäällikkö joutui huomaamaan, että ihmisten asenteisiin vaikuttaminen on lyhyellä ajalla haastavaa.

Työyhteisön tuttuus ja se tosiasia, että projektipäällikkö oli työkaveri samasta yksiköstä, saattoi vaikuttaa kehittämishankkeen toteuttamiseen ja asenteisiin. Yhteistyö yksiköiden henkilökunnan kanssa oli ongelmaton ja yhteistyö toimivaa. Muutoksen läpivieminen ja potilasohjauksen kehittämisajatuksen tuominen ymmärrettäväksi ja sen tärkeäksi tekeminen olivatkin kehittämishankkeen haasteellisin osuus, johon olisivat auttaneet kokemus ja tuki. Projektipäällikkönä toimiminen oli opettavaista ja myös hyvin haasteellista, mutta palkitsevaa ja sujuvaa.

### 9.5 Projektiorganisaation toiminnan arviointi

Projektiryhmän toiminta on ollut joustavaa ja tapaamisiin osallistuminen kiitettävää. Tapaamisiin osallistuttiin myös vapaapäiviltä, mikä kertoo ryhmäläisten motivoituneesta asenteesta lääkehoidon ohjauksen kehittämiseen. Projektiryhmäläisille projektin merkityksellisyys ja tavoitteet olivat alusta asti selvillä ja ne ohjasivat projektiryhmän toimintaa. Tarkistuslistan työstämisestä ja laatimisesta käytiin hedelmällistä keskustelua ja ajatusten vaihtoa potilaiden lääketiedonsaannin parantamiseksi. Projektiryhmän työskentely on ollut koko kehittämissuunnitelman aikana myös osallistuvaa ja innostunutta. Heidän työskentelynsä projektiryhmässä oli otettu huomioon osastonhoitajien toimesta niin, että he ovat voineet käyttää yhteisiin tapaamisiin työaika. Joitakin asioiden käytännön toteuttamista osastolla on muutettu kehittämishankkeen aikana, kuten yhteystietoina annettavan puhelinnumeron muuttaminen ja lääketietojen kirjaaminen lääkeohjelmaan.

Tarkistuslistan jatkokäyttöä pohdittiin projektiryhmässä, jossa sen jäsenet toivat esille näkemyksiään sen työstämisestä toimivampaan muotoon. Tutkimuksellisen osuuden vastauksista, joissa sairaanhoitajat arvioivat tarkistuslistan käytet-

tävyyttä, kävi ilmi, että lista on liian pitkä ja kooltaan liian suuri. Lääketietokeskus, joka oli MONI -lääke-projektin yhteistyökumppanina Turun ammattikorkeakoulun kanssa, on lupautunut tekemään tarkistuslistasta painoversion, joka on kooltaan sopivampi ja taskuun mahtuva. Tutkimustulokset puoltavat tarkistuslistan käytön jatkoa potilaan lääketiedonsaannin parantamiseksi ja sen muokaus pienemmäksi helpottaa sen mukana kuljettamista ja saatavilla oloa.

Ohjausryhmä on ollut mukana tapaamisissa ja tavoitettavissa suhteellisen hyvin. Huolimatta muutoksista ohjausryhmän kokoonpanossa, asiat ovat hoituneet ongelmitta. Tiedonkulun suhteen projektipäällikkö on joutunut tekemään töitä tavoittaakseen oikeat henkilöt. Huolimatta vastuuihmisten vaihtumisesta asiat ovat edenneet sujuvasti ja uudet vastuulliset ovat hoitaneet työnsä esimerkillisesti.

Farmaseuttien farmakologinen asiantuntijuus ja osastoon perehtyneisyys olivat merkityksellistä lääkeoppaiden laatimisessa ja työhön sitoutuneisuus näkyi työpanoksessa, jota he tekivät omien töidensä ohella vapaaehtoisesti.

.

## LÄHTEET

- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Banning, M. 2008. Older people and adherence with medication: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 45, 1550-1561.
- Bent, S., Padula, A. & Avins, A.L. 2006. Brief communication: Better ways to question patients about adverse medical events. *Annals of Internal Medicine*. 4 (144), 257-261.
- Brown, M.T. & Bussell, J.K. 2010. Medication adherence: Who cares? *Mayo Clinic Proceedings*. 4 (86), 304-314.
- Carpenter, D.M., DeVellis, R.F., Fisher E.B., DeVellis, B.M., Hogan, S.L. & Jordan, J.M. 2010. The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. *Patient Education and Counseling*. 81, 169-176.
- Coleman, B. 2003. Producing an information leaflet to help patients access high quality drug information on the internet: a local study. *Health Information and Libraries Journal*. 20, 160-171.
- Cook, C., Brismée, J.-M., Pietrobon, R., Sizer Jr, P., Hegedus, E. & Riddle D.L. 2010. Development of a quality checklist using Delphi methods for prescriptive clinical prediction rules: The QUADCPR.2010. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 1 (33), 29-41.
- Desai, T., Caldwell, G. & Herring, R. 2011. Initiative to change ward culture results in better patient care. *Nursing Management*. 4 (18), 32 -35.
- Dilles, E. Stichele, R.V., Van Rompaey, B., Van Bortel, L. & Elseviers, M. 2010. Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*. 5 (66), 1072-1079.
- van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R. & Bensing, J. 2007. Patient adherence to medical treatment; a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7 (55), 1-13.
- Eriksson, E., Rekola, L., Valta, A., Ogbeide, T. (toim.) 2007. Osaamisen johtaminen ammattikorkeakoulussa hoitotyön ja ensihoidon koulutusohjelmissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 54.
- Fimea 2012. Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Julkaisusarja 1/2012. Viitattu 1.4.2013. [http://www.fimea.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/20853\\_Fimea\\_KAI\\_JULKAISUSARJA\\_Laakeinformaatiostrategia\\_1\\_2012\\_lopullinen\\_verkkoon.pdf](http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/20853_Fimea_KAI_JULKAISUSARJA_Laakeinformaatiostrategia_1_2012_lopullinen_verkkoon.pdf)
- Freda, M.C. 2004. Issues in patient education. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 3 (49), 203-209.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K, Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.
- Hansen, M. 1998. Patient-centered teaching from theory to practice. *American Journal of Nursing*. 1 (98), 56-60.

Haynes, RB., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, HP. & Yao, X. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane database of systematic reviews. Issue 4.

Hegney, D., Plank, A., Watson, J., Raith, L. & McKKeon, C. 2005. Patient education and consumer medicine information: a study of provision by Queensland rural and remote area registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 855-862.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Väitöskirja.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede*. 3 (18), 120-130.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 1.4.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hill, J. 1997. A practical guide to patient education and information giving. *Bailliere's Clinical Rheumatology*. 1 (11), 109-127.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ikonen, T.S. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest*. 2 (43), 108-111.

Ikonen, T.S., Aarnio, P., Kangasmäki, E., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniahho, S-L., Saario, I., Savunen, T. & Sivula, H. 2009. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. *Suomen lääkelehti*. 6 (64), 516-517.

Iso-Tomu, M., Laaksonen, P., Panula, S. & Raappana, H. 2011. Aikuisen korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaan ajantasaiset ja oikeat esitiedot. *Pinsetti*, 3. 9-10.

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa -hoitotyön opettajien käsityksiä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Juusola, M., Oksa, H., Pukuri, T. & Rantalaiho, I. 2003. Muutostilanteiden hallinta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 12. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Kalliokoski, A. 2012. Myös itsehoitolääkkeillä voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia. SIC! – verkkojulkaisu. Viitattu 4.4.2012.

[http://sic.fimea.fi/1\\_2012/Myos\\_itsehoitolaakkeilla\\_voi\\_olla\\_yhteisvaikutuksia.aspx](http://sic.fimea.fi/1_2012/Myos_itsehoitolaakkeilla_voi_olla_yhteisvaikutuksia.aspx)

Kansanaho, H., Isonen-Sjölund, N., Pietilä, K., Airaksinen, M. & Isonen, T. 2002. Patient counselling profile in a Finnish pharmacy. *Patient Education and Counseling* 47, 77-82.

Kanste O., Lipponen K., Kyngäs H. & Ukkola L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisen verkostoyhteistyönä yli organisaatioarajojen. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (3), 30.

Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma.

King, R.L. 2004. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing*. 4 (45), 392-400.



- Kinnunen, M. 2010. Lääkekortti lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja*. 83 (3), 46-47.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 202-216.
- Klaukka, T. & Idänpää-Heikkilä, J.E. 2003. Miten potilaan saisi ottamaan lääkkeensä? *Suomen lääkirilehti*. 4 (58), 411-412.
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. IS-BAR- menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja*. 3. 29-31.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M-L. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö*. 2 (3), 12-17.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. *Sanoma Pro*.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede*. 4(17), 208-216.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja*. 10. Viitattu 2.2.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/muut\\_artikkelit/ohjaus-tuttu\\_mutta\\_epaselva\\_ka/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/)
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*. 1 (18),4-13.
- Laine, P. 2010. Verenpaineen mittaamisen opettaminen sairaanhoitajaopiskelijoille. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>
- Latter, S. 2010. Evidence base for effective medicines management. *Nursing Standard*. 24 (43), 62-66.
- Latter, S., Rycroft-Malone, J., Yerrel, P. & Shaw, D. 2000. Evaluating educational preparation for a health education role in practice: the case of medication education. *Journal of Advanced Nursing*. 5 (32), 1282-1290.
- Lauri S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell.
- Leino-Kilpi, H.; Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. *Stakes. Raportteja 229*. Säärijärvi.
- Lewis, D. 2003. Computers in patient education. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2 (21), 88-96.
- Manias, E. 2010. Medication communication: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 4 (66), 933-943.

Martin, M.Y., Kohler, C., Kim, Y., Kratt, P. Schoenberger, Y-M., Litaker, M., Prayor-Patterson, H., Clarke, S., Andrews, S. & Pisu, M. 2010. Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationship in lower-income, rural minority adults with hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 9 (12), 706-713.

Miettinen, V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. *Sairaanhoitaja*. 1, 10-13.

National Council on Patient Information and Education 2007. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan.

National Patient Safety Agency 2004. Seven Steps to Patient Safety. The Full Reference Guide. 2. painos.

NICE. 2009. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76 Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care. Viitattu 20.8.2012 <http://publications.nice.org.uk/medicines-adherence-cg76>

Nurit, P., Bar, CB., Elkohan, G. & Zelker, R. 2009. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (18), 2530-2536.

Onnismäa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota, kunnioitusta. Helsinki: Hakapaino Oy.

O'Shea, E. 1999. Factors contributing to medication errors: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 8, 496-504.

Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede*. 3 (11). 119-127.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest*. 44 (1), 18-20.

Pitkälä, K. & Mäenpää, H. 2011. Hoitomyöntyvyydestä omahoidon tukemiseen. Teoksessa Neuvonen, P., Backman, J., Himberg, J-J., Huupponen, R., Keränen, T. & Kivistö, K. (toim.) *Klininen farmakologia ja lääkehoito*. 2. painos. Helsinki: Kandidattikustannus Oy, 167-172.

Raynor, DK., Blenkinsopp, A., Knapp, P., Nicolson, J., Polloc, DJ., Dorer, K., Gilbody, S., Dickinson, D., Maule, AJ. & Spoor, P. 2007. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technology Assessment*. 5 (11). 1-178.

Redman, B. K. 2008. When patient education is unethical? *Nursing Ethics*. 6 (15), 813-820.

Rossi, S. 2000. Compliance or concordance? *Australian Prescriber*. 5 (23), 105.

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.

Ruuth-Setälä, A. 1997. Mistä apua, tukea tai seuraa? Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden yhteydenotot ja niiden syyt toipumisvaiheessa kotona. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrel, P. & Shaw, D. 2000. Nursing and medication education. *Nursing Standard*. 50 (14), 35-39.

Sairaanhoitajaliiton julkaisuja 2009. Sairaanhoitajat laadukkaasti lääkehoidon turvaajina. Viitattu 18.11.2011.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite\\_Sairaanhoitajat+laadukkaasti+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoitajat+laadukkaasti+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf).

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto 28.9.1996.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede*. 4(17), 217-228.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *Tabu*. 5, 4-7.

Schaffer, S.D. & Yoon, S-J.L. 2001. Evidence-based methods to enhance medication adherence. *The Nurse Practitioner*. 44-54.

Schneider, S.M., Hess, K. & Gosselin, T. 2011. Interventions to promote adherence with oral agents. *Seminars in Oncology Nursing*. 2 (27), 133-141.

Schnipper, J., Kirwin, J., Cotugno, M., Wahlström, S., Brown, B., Tarvin, E., Kachalia, A., Horng, M., Roy, C., McKean, S. & Bates, D. 2006. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Archives of Internal Medicine*. 5 (166), 565-571.

Shelton Anderson, A. & Klemm, P. 2008. The internet: Friend or foe when providing patient education? *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 1 (12), 55-63.

Shoemaker, S.J., Ramalho de Oliveira, D., Alves, M. & Ekstrand, M. 2010. The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Education and Counseling*. 83, 443-450.

Shrank, W. & Avorn J. 2007. Educating patients about their medications: the potential and limitations of written drug information. *Health Affairs*. 26 (3), 731-740.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö.

Simpson, S.Q., Peterson, D.A. & O'Brien-Ladner, A.R. 2007. Development and implementation of an ICU quality improvement checklist. *AACN Advanced Critical Care*. 2 (18), 183-189.

Spier, M.V., Kutzik, D.M. & Lamar, M. 2004. Variation in medication understanding among elderly. *American Journal of Health-system Pharmacist*, 15 (61), 373-380.

STM 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

STM 2009. KASTE- ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9.

STM 2011a. Lääkepolitiikka 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2.

STM 2011b. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Viitattu 22.4.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>

Suomen lääketilasto 2011. 2012. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Helsinki: Edita Prima Oy.

THL 2012. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2010. Tilastoraportti 5/12. Helsinki. Viitattu 3.3.2013. [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr05\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr05_12.pdf)

Tilastokeskus 2011. Verkkokoulu. Johdatus tilastolliseen ajatteluun. Tieto tiivistyy tunnuslukuihin. Viitattu 1.1.2013. <http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tt/02/index.html>

Tordoff, J.M., Bagge, M., Gray, A, Campbell, A.J. & Norris, P. 2010. Medicine-taking practices in community-dwelling people aged  $\geq 75$  years in New Zealand. *Age and Ageing*. 5 (39), 574-580.

Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 2.2.2012. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/htkfi.pdf](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf)

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Helsinki: WSOY.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen –Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen–Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206-214.

VeTePO- hanke. 2009. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen, 2009. Viitattu 12.2.2012. <http://www.vete.fi/vetepo.html>

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

de Vries, EN., Hollmann, MW., Smorenburg, SM., Gouma, DJ. & Boermeester, MA. 2009. Development and validation of the SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. *Quality and Safety in Health Care*. 2 (18), 121-126.

VSSH 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2015.

Välimäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede*. 3 (19), 115- 127.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

WHO (World Health Organisation). 2009a. Safe Surgery Saves Lives.

WHO (World Health Organisation) 2009b. Continuity and change. Implementing the Third WHO Medicines Strategy 2008–2013.

WHO 2012. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences Technical Report prepared for the Ministers Summit on The benefits of responsible use of medicines: Setting policies for better and cost-effective health care.

## Julkaisemattomat lähteet

Sulosaari, V. 2011. Moniammatillisessa yhteistyössä rationaaliseen lääkehoitoon MONI- lääke) 2011-2012. Projektisuunnitelma. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

## **Tarkistuslista**

### **Ohjaustilanne**

Häiriötön ohjausympäristö  
Potilaan tunnistaminen: potilaalla sama nimi kuin reseptissä  
Potilaan tiedontarpeen ja mahdollisen omaisen huomioiminen  
Potilaalle selkokielellä puhuminen  
Kysymysten esittämismahdollisuus potilaalle  
Ohjauksen vaikutuksen arviointi  
Kirjaaminen sairaskertomukseen

### **Lääke ja sen tarkoitus**

Nimi  
Peruste/käyttötarkoitus  
Tyyppi (kuuri, pitkäaikainen tai tarvittaessa otettava)  
Lääkekuurin kesto aika

### **Lääkkeenotto**

Lääkeannos  
Lääkkeen antoreitti  
Lääkkeenoton ajankohta ja ruokailuun liittyvät asiat, annosväli  
Lääkemuodon muuttaminen (murskaaminen tms.)  
Lääkehoidon vaikutus ja sen alkaminen  
Lääkehoidon haittavaikutusten ehkäisy  
Unohtuneen / väliin jääneen / liikaa otetun lääkkeen kanssa toimiminen

### **Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset**

Haittavaikutukset  
Yhteisvaikutukset  
Itsehoitolääkkeet ja luontaistuotteet

### **Tiedollinen tuki**

Luotettavista lääketiedon lähteistä kertominen  
Voimassaolevan lääkelistan mukaan antaminen  
Yhteystietojen antaminen mahdollisten ongelmatilanteiden varalta

Potilaalle suositeltavia lääketiedon lähteitä:

[www.laakeinfo.fi](http://www.laakeinfo.fi)

[www.laakekortti.fi](http://www.laakekortti.fi)

Pakkausseloste



# TARKISTUSLISTA SAIRAAN- HOITAJAN TYÖKALUNA POTI- LAAN KOTIUTUSTILANTEESSA

-Selvitys tarkistuslistan sisällöstä

Potilasohjaus on yksi hoitamisen ydintehtävistä, joka kuuluu lain perusteella potilaan oikeuksiin ja sen toteuttaminen hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Potilaiden tulee olla tietoisia lääkkeen käyttötarkoituksesta ja –tavasta sekä ymmärtää, minkälaisia haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa. Oikea tieto tukee potilaan turvallista lääkehoitoa ja lääkeinformaatio tulisi olla oleellinen osa lääkehoitojen toteuttamista. Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli moniammatillisessa työryhmässä potilaan lääkehoidon ohjauksessa, jotta lääkehoito jatkuisi kotona turvallisesti ja oikein.

## Tarkistuslistan tarkoitus ja käyttö

---

Lääkehoidon ohjauksen tueksi laaditun tarkistuslistan tarkoituksena on potilaan lääketiedon lisääminen ja lääkehoitoon sitoutuminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja laadun parantaminen lääkehoidossa. Tarkistuslistan tarkoituksena on helpottaa sairaanhoitajan työtä, koska työntekijän ei enää tarvitse luottaa vain muistiinsa. Tarkistuslistan käyttö ohjausta tukevana menetelmänä parantaa ohjauksen laatua ja yhtenäistää toimintakäytäntöjä. Tarkistuslista mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen potilasohjauksen toteuttamisen, joka on kaikille potilaille sama ohjauksen antajasta riippumatta. Ohjaus tapahtuu potilaan lähtökohdista, kunkin yksilöllisyys ja tarpeet huomioiden. Laadukas ohjaus on potilaslähtöistä vuorovaikutusta. Lääkehoidon onnistumisen kannalta tärkeää on myös se, että potilas itse tuntee oman lääkityksensä, jolloin myös hoitoon sitoutuminen on todennäköisempää.

Ohjaustilanteessa käydään läpi *osastolla aloitetut/muutetut lääkkeet*. Kotilääkityksestä kysymiseen annetaan mahdollisuus, mutta niitä ei käydä läpi erikseen. Alla on jokainen tarkistuslistan kohta aukikirjoitettuna, jonka tarkoituksena on selkiyttää yksittäisten sanojen/lauseiden merkitystä.

## Ohjaustilanne

### **Häiriötön ohjausympäristö:**

Paras ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä asiaan. Ohjaamisen onnistuminen vaatii rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä.

### **Potilaan tunnistaminen: potilaalla sama nimi kuin reseptissä**

Tarkoitus on varmistaa, että oikea potilas saa hänelle kirjoitetun reseptin.

### **Potilaan tiedontarpeen ja mahdollisen omaisen huomioiminen:**

Usein on niin, että potilas yksin tai yhdessä omaisensa/saattajansa kanssa huolehtii hoidostaan kotiutumisen jälkeen.

### **Potilaalle selkokielellä puhuminen:**

Potilaalle puhutaan ymmärrettävää ”kansantajuista” kieltä ja pyritään ammattisanaston välttämiseen.

### **Kysymysten esittämismahdollisuus potilaalle:**

Hyvä ohjaaja antaa ohjattavalle mahdollisuuden kysyä ja täsmentää asioita. Ohjaustilanne on ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutusta jossa molemmat ovat tasa-arvoisia.

### **Ohjauksen vaikutuksen arviointi:**

Arviointiperusteena on potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Myös keskustelu potilaan kanssa antaa viitteitä siitä, miten hän sisäisti ohjeet. Ohjaaja pystyy keskustelun kuluessa havainnoimaan mitä ohjattavalle jäi ohjauksesta mieleen ja mitä asioita jäi vielä epäselväksi.

### **Kirjaaminen sairaskertomukseen**

Merkintä keskeisten tietojen ”Jatkohoito” –kohtaan: Lääkeohjaus annettu t:n mukaan. Tällä selkiytetään kirjaamiskäytäntöjä eikä jokaista potilaan kanssa käytyä asiaa tarvitse erikseen kirjata.

## Lääke ja sen tarkoitus

### **Nimi:**

Reseptissä olevan/osastohoidon aikana aloitetun lääkkeen nimi sanotaan ääneen

### **Peruste/käyttötarkoitus:**



Potilaalle kerrotaan mihin kyseinen lääke on määrätty ja miksi

**Tyyppi:**

Potilaalle kerrotaan onko lääke tarkoitettu kuuriluontoiseksi, onko se tarvittava lääke vai mahdollisesti pitkäaikaiskäyttöön aloitettu.

**Lääkekuurin kesto aika:**

Kuurin kesto aika kerrotaan potilaalle. Myös tarvittavaksi lääkkeeksi määrätyn lääkkeen arvioidun tarpeen voi kertoa potilaalle.

**Lääkkeenotto****Lääkeannos:**

Kuinka paljon lääkettä otetaan kerrallaan (mg/kpl, ml, gtt)

**Lääkkeen antoreitti:**

Onko lääke suun kautta otettava, korva/silmätipoksi tarkoitettu, silmäsalva, nenätippa, inhalaatio, nenäsuihke tms.

**Lääkkeenoton ajankohta ja ruokailuun liittyvät asiat, annosväli:**

Onko lääke tarkoitettu otettavaksi aamuisin (mm. ppi-lääkkeet, kortisoni, kilpirauhaslääkkeet), päivisin vai iltaisin. Minkälaisia asioita on huomiotava lääkkeenotossa ruokailujen tai tiettyjen ruoka-aineiden suhteen? (maitohappobakteerit ja antibiootit, kalkkivalmisteet ja Thyroxin) Mikä on lääkkeiden annosväli? Esim. kahdeksan tunnin välein (pitoisuus säilyy samana koko kuurin ajan). Pitääkö lääke ottaa tyhjään mahaan, vai onko ehdotonta että se otetaan aamupalan yhteydessä?

**Lääkemuodon muuttaminen:**

Voiko tabletin murskata tai paloitella, vai onko se kokonaisena nieltävä? Voiko kapselin avata? Voiko sen sekoittaa veteen tai mehuun?

**Lääkehoidon vaikutus ja sen alkaminen:**

Potilaalle kerrotaan, milloin lääkkeen odotettu vaikutus lääkkeen otosta alkaa, toisin sanoen milloin sen hyöty näkyy. (Milloin viimeistään otettu kipulääke alkaa vaikuttamaan? Milloin antibiootin bakteereita tappava vaikutus alkaa? Kortisonin vaikutuksen alkaminen?)

**Lääkehoidon haittavaikutusten ehkäisy:**

Minkälaisin keinoin mahdollisia ei-toivottuja vaikutuksia voidaan estää? Potilasta voidaan informoida apteekista ilman reseptiä saatavista maitohappobakteerivalmisteista, laksatiiveista sekä ppi-valmisteista. Myös ruokailuohjeita noudattamalla lääkkeen ei-toivottuja vaikutuksia (ripuli, ummetus, vatsakivut, närästys) voidaan vähentää.

**Unohtuneen / väliin jääneen / liikaa otetun lääkkeen kanssa toimiminen:**

Annetaan toimintaohjeet erilaisten tilanteiden varalle. Jos lääke jäänyt ottamatta esim. unohduksesta johtuen, niin unohtunut annos neuvotaan ottamaan heti ja jatkamaan sitten normaaliaikataulun mukaan, kuitenkin ottamatta koskaan tupla-annosta jos uusi annos on jo ihan lähellä.

**Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset****Haittavaikutukset:**

Lääkkeen tavallisimmat haittavaikutukset kerrotaan. Tarkoitus ei ole käydä läpi pakkausselostetta, vaan selvittää potilaalle mahdolliset, yleisimmät haittavaikutukset. Kuten esim. Panacod-lääkkeen pitkäaikaiskäytössä aiheuttama ummetus. Potilasta informoidaan tutustumaan pakkausselosteeseen.

**Yhteisvaikutukset:**

Tavallisimmat lääkkeiden yhteisvaikutukset informoidaan potilaalle. Esimerkkinä metronidazole ja alkoholi, kortisoni ja aurinko. Käytä apunasi

**Itsehoitolääkkeet ja luontaistuotteet:**

On hyvä kerrata, että reseptissä olevan kipulääkityksen kanssa ei voi käyttää apteekista ilman reseptiä saatavia lääkkeitä esim. tulehduskipulääkkeitä ei käytetä päällekkäin, Panacod ja Paratabs sisältävät samaa vaikuttavaa ainetta, osa luontaistuotteista kuten kalaöljy aiheuttavat Marevanin tehostumista jne. Lääkekohtaisesti.

## Tiedollinen tuki

### **Luotettavista lääketiedon lähteistä kertominen:**

Tässä on hyvä mainita tarkistuslistan alareunassa olevat linkit ja lähteet. Potilaita kannattaa muistuttaa, että pakkausseloste on hyvä lääkeinformaation lähde.

### **Voimassaolevan lääkelistan mukaan antaminen:**

Kotiutustilanteessa potilaalle annetaan mukaan päivitetty tarjotinkortti, jossa potilaan kotiutustilanteessa oleva voimassaoleva lääkitys. Potilaille kannattaa myös markkinoida lääkekortti.fi -sivustoa, joka on helppokäyttöinen, kansalaisille suunnattu palvelu. Sieltä on helppo tulostaa itselle voimassa oleva lääkekortti. Huomioidaan tässäkin kohtaa ikä, kansallisuus, äidinkieli yms.

### **Yhteystietojen antaminen mahdollisten ongelmatilanteiden varalle:**

Potilaan mukaan annetaan ensisijaisena puhelinnumerona osaston numero, johon voi olla yhteydessä lääkityksiin ja mahdollisiin toimenpiteeseen/hoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa.

### **Potilaalle suositeltavia lääketiedon lähteitä:**

[www.laakeinfo.fi](http://www.laakeinfo.fi) → täällä on kansalaisille suunnattu infoa lääkkeistä

[www.laakekortti.fi](http://www.laakekortti.fi) → tällä sivustolla mahdollisuus kirjata omat lääketiedot ja tulostaa kortti omaan lompakkoon

Pakkausseloste → hyvää informaatiota tiettyyn lääkkeeseen liittyen, myös mahdolliseen lääkkeen säilytykseen liittyvää asiaa.

Lääkkeen toimittanut apteekki

## Kyselylomake: Tarkistuslista kotiutuvan potilaan lääkehoidon ohjauksessa

Kysely siirretään Webropol- ohjelmaan

Seuraavassa on esitetty väittämiä, jotka liittyvät *tarkistuslistan hyödyllisyyteen potilasohjauksessa*. Valitse omaa mielipidettäsi lähimpänä oleva vaihtoehto.

1= Täysin eri mieltä, 5= Täysin samaa mieltä

Väittämä	1	2	3	4	5
1. Koin, että lääketiedon tuntemukseni parani tarkistuslistan käytön myötä					
2. Koin, että potilaiden tiedonsaanti parani					
3. Potilaiden mahdollisuus kysymysten esittämiseen parani					
4. Omaisten mahdollisuus kysymysten esittämiseen parani					
5. Potilaan systemaattinen tunnistaminen parani tarkistuslistan käytön myötä					
6. Kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessani lisääntyi tarkistuslistan käyttöönoton myötä					
7. Koin, että antamani ohjaus parani sisällöllisesti käyttämällä tarkistuslistaa					
8. Koin, että tarkistuslistan käyttö nopeutti ohjausta					
9. Koin tarkistuslistan toimivan muistini tukena					
10. Olen valmis jatkamaan tarkistuslistan käyttöä					

Arvioi tarkistuslistassa olevien kohtien tärkeyttä *potilaan lääketiedon-  
saannin kannalta* valitsemalla omaa mielipidettäsi lähimpänä oleva vaihto-  
toehto.

1= Ei lainkaan tärkeä, 5= Erittäin tärkeä

Ohjaustilanne	1	2	3	4	5
11. Häiriötön ohjausympäristö					
12. Potilaan tunnistaminen: potilaalla sama nimi kuin reseptissä					
13. Potilaan tiedontarpeen ja mahdollisen omaisen huomioiminen					
14. Potilaalle selkokielellä puhuminen					
15. Kysymysten esittämismahdollisuus potilaalle					
16. Ohjauksen vaikutuksen arviointi					
17. Kirjaaminen sairaskertomukseen					

Lääke ja sen tarkoitus	1	2	3	4	5
18 Nimi					
19. Peruste/käyttötarkoitus					
20. Tyyppi (kuuri, tarvittaessa otettava)					
21. Lääkekuurin kesto aika					

Lääkkeenotto	1	2	3	4	5
22. Lääkeannos					
23. Lääkkeenantoreitti					
24. Lääkkeenoton ajankohta, ruokailu ja annosväli					
25. Lääkemuodon muuttaminen					
26. Lääkehoidon vaikutus ja sen alkaminen					
27. Lääkehoidon haittavaikutusten ehkäisy					
28. Unohtuneen/väliin jääneen/ liikaa otetun lääkkeen kanssa toimiminen					

Keskeisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset	1	2	3	4	5
29. Haittavaikutukset					
30. Yhteisvaikutukset					
31. Itsehoitolääkkeet ja luontaistuotteet					

Tiedollinen tuki	1	2	3	4	5
32. Luotettavista lääketiedon lähteistä kertominen					
33. Voimassaolevan lääkelistan mukaan antaminen					
34. Yhteystietojen mukaan antaminen mahdollisten ongelmatilanteiden varalta					

Seuraavassa on esitetty väittämiä, jotka liittyvät *tarkistuslistan käytettävyyteen potilasohjauksessa*. Valitse omaa mielipidettäsi lähimpänä oleva vaihtoehto.

1= Täysin eri mieltä, 5= Täysin samaa mieltä

Väittämä	1	2	3	4	5
35. Tarkistuslistaa oli helppo käyttää					
36. Tarkistuslista oli rakenteeltaan selkeä					
37. Tarkistuslistan mukaan oli helppo edetä johdonmukaisesti					
38. Tarkistuslista oli sopivan pituinen					
39. Tarkistuslista oli ulkoasultaan selkeä					
40. Tarkistuslista oli kooltaan sopiva					
41. Tarkistuslistan käyttö helpotti ohjauksen toteuttamista (systemaattisuus, ohjaustilanteessa huomioitavat tekijät)					
42. Tarkistuslistaa oli helppo ymmärtää					

Jatkokehitysehdotuksia

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Saatekirje

### Hyvä sairaanhoitaja

Olet osallistunut lääkehoidon ohjauksen tueksi laaditun tarkistuslistan pilotointiin työyksikössäsi. Kohteliaimmin pyydän Sinua nyt vastaamaan linkissä olevaan kyselyyn, jonka tarkoituksena on arvioida tarkistuslistan käyttökelpoisuutta sitä käyttäneiden sairaanhoitajien näkökulmasta. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana MONI - lääke-hankkeeseen, joka on Turun ammattikorkeakoulun ja Lääketietokeskus OY:n keväällä 2011 käynnistynyt yhteistyöhanke. Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiriltä syyskuussa 2012.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa, koska tietoa käytetään tarkistuslistan kehittämiseksi yhä toimivammaksi työkaluksi potilaiden lääkehoidon ohjauksessa. Vastaaminen on vapaaehtoista ja kyselyn aineisto tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäisiä vastaajia ole tunnistettavissa. Alla olevaa linkkiä napsauttamalla siirryt suoraan kyselyyn. Ole ystävällinen ja vastaa 31.12.2012 mennessä.

(Linkki)

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on M.S, yliopettaja, Turun AMK/Terveysala.

Yhteystiedot: puh. xxx

Vastauksistasi lämpimästi kiittäen

Sari Hämäläinen

Sairaanhoitaja / Kliininen asiantuntija -opiskelija (YAMK)

Yhteystiedot

xxx



## Tarkistuslistan sisältö - frekvenssijakaumat yksiköittäin

	YKSIKKÖ					YKSIKKÖ				
	VUODEOSASTO					PÄIKI				
	Ei lain- kaan tärkeä	2	3	4	Erittäin tärkeä	Ei lain- kaan tär- keä	2	3	4	Erittäin tärkeä
Häiriötön ympäristö	0	0	1	1	5	0	0	1	0	3
Potilaan tunnistaminen	0	0	0	0	7	0	0	1	0	3
Tiedontarpeen huomiointi	0	0	1	1	5	0	0	0	0	4
Selkokielellä puhuminen	0	0	0	2	5	0	0	0	0	4
Kysymysten esittämismahdollisuus	0	0	0	1	6	0	0	1	1	2
Ohjauksen vaikutuksen arviointi	0	0	3	2	2	0	0	2	1	1
Kirjaaminen sairauskertomukseen	0	1	2	2	2	0	0	2	1	1
Lääkkeen nimi	0	1	0	1	5	0	0	0	0	4
Lääkkeen peruste	0	0	0	1	6	0	0	0	1	3
Tyyppi	0	0	0	1	6	0	0	0	1	3
Lääkekuurin kesto aika	0	0	0	2	5	0	0	0	1	3
Lääkeannos	0	0	0	1	6	0	0	0	0	4
Lääkkeen antoreitti	0	0	0	2	5	0	1	0	0	3
Lääkkeen oton ajankohta	0	0	1	3	3	0	0	1	2	1
Lääkemuodon muuttaminen	0	0	1	3	3	0	0	1	3	0
Lääkehoidon vaikutus	0	0	1	3	3	0	0	1	1	2
Haittavaikutusten ehkäisy	0	0	0	2	5	0	0	2	0	2
Väliin jäänyt lääke	0	0	0	3	4	0	1	1	1	1
Haittavaikutukset	0	0	1	2	4	0	0	0	3	1
Yhteisvaikutukset	0	0	1	4	2	0	0	1	3	0
Itsehoitolääkkeet	0	0	1	4	2	0	1	0	3	0
Luotettavat lääketiedon lähteet	0	2	1	2	2	0	1	0	3	0
Voimassaoleva lääkelista	0	2	0	1	4	0	0	1	2	1
Yhteystiedot	0	0	0	2	5	0	0	0	2	2

## Tarkistuslistan hyödyllisyys – frekvenssijakaumat yksiköittäin

		YKSIKKÖ									
		VUODEOSASTO				PÄIKI					
		Täysin eri mieltä	2	3	4	Täysin samaa mieltä	Täysin eri mieltä	2	3	4	Täysin samaa mieltä
Lääketiedon	tuntemukseni	0	1	4	0	2	0	0	1	3	0
parani											
Potilaan tiedonsaanti	parani	0	1	1	2	3	0	1	0	3	0
Mahdollisuus kysymyksiin											
parani		0	0	3	1	3	1	0	3	0	0
Omaisten mahdollisuus ky-											
symysten esittämiseen pa-											
rani		0	1	3	2	1	1	0	3	0	0
Potilaan tunnistaminen pa-											
rani		0	3	2	1	1	1	0	2	1	0
Kirjallisen materiaalin käyttö											
lisääntyi		0	1	1	1	4	0	1	1	2	0
Ohjaus parani sisällöllisesti		0	0	1	3	3	0	1	1	2	0
Käyttö nopeutti ohjausta		2	1	2	1	1	4	0	0	0	0
Toimi muistin tukena		1	0	0	3	3	0	1	2	1	0
Jatkan listan käyttöä		1	0	1	3	2	0	3	1	0	0

## Tarkistuslistan käytettävyys –frekvenssijakaumat yksiköittäin

	YKSIKKÖ									
	VUODEOSASTO				PÄIKI					
	Täysin eri mieltä	2	3	4	Täysin samaa mieltä	Täysin eri mieltä	2	3	4	Täysin samaa mieltä
Helppokäyttöinen	1	1	1	1	3	0	0	2	2	0
Rakenteeltaan selkeä	0	0	1	2	4	0	0	2	2	0
Johdonmukainen	0	0	2	1	4	0	2	1	1	0
Sopivan pituinen	0	1	2	0	4	0	2	1	1	0
Ulkoasultaan selkeä	0	1	0	2	4	0	1	1	2	0
Kooltaan sopiva	0	1	2	1	3	0	3	0	1	0
Helpotti ohjausta	1	1	0	3	2	0	1	3	0	0
Helppo ymmärtää	1	0	1	2	3	0	1	0	3	0

